

Forschungsbericht: Psychische Gesundheit und Obdachlosigkeit¹

Autor*innen: Blaser, Andrea; Iyadurai, Gosalya; Schenk, Uwe; Koller, Thomas; Locher Gabrielle; Vetsch, Neela; Weber, Aja

Dozenten: Prof. Dr. Dittmann, Jörg; Dr. Temesvary, Zsolt

Eingereicht bei: Prof. Dr. Drilling, Matthias und Dr. Müller, Brigitte

Eingereicht im: August 2021

Zitiervorschlag: Blaser, A./Iyadurai, G./Schenk, U./Koller, T./Locher, G./Vetsch, N./Weber, A. (2021). Forschungsbericht: Psychische Gesundheit und Obdachlosigkeit. Muttenz: HSA / FHNW.

¹ Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen des Master-Moduls MA09 *Gestaltung praxisorientierter Forschungsprozesse* der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	3
1.1	DEFINITION OBDACHLOSIGKEIT.....	3
1.2	DEFINITION UND BEDEUTUNG PSYCHISCHE GESUNDHEIT	6
1.3	DEFINITION KOOPERATION	9
2	FORSCHUNGSSTAND	13
2.1	METHODE DER LITERATURRECHERCHE	13
2.2	DESKRIPTION OBDACHLOSIGKEIT UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT	15
2.3	KAUSALITÄT VON OBDACHLOSIGKEIT UND PSYCHISCHER GESUNDHEIT	18
2.4	KOOPERATION ZWISCHEN INSTITUTIONEN / PROFESSIONEN	20
2.5	WIRKUNG VON KOOPERATIONEN ZWISCHEN INSTITUTIONEN / PROFESSIONEN.....	25
2.6	EXKURS STREET PSYCHIATRY	31
2.7	ERGEBNISZUSAMMENFASSUNG UND HERLEITUNG DER FRAGESTELLUNGEN.....	32
3	METHODEN.....	34
3.1	SAMPLINGVERFAHREN	34
3.2	FELDZUGANG.....	37
3.3	BESCHREIBUNG AUSWERTUNGSMETHODE	37
4	ERGEBNISSE	39
4.1	AUSWERTUNG DER EMPIRIE.....	39
4.2	BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNG.....	46
5	ERKENNTNISSE FÜR DIE WEITERENTWICKLUNG DER PRAXIS	55
	LITERATURVERZEICHNIS.....	61

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: ETHOS TYPOLOGIE.....	5
ABBILDUNG 2: ÜBERSICHT DATENBANKRECHERCHE	14
ABBILDUNG 3: NETZWERKKARTE BASEL	35
ABBILDUNG 4: BETRIEBSPROFILE.....	36
ABBILDUNG 5: ÜBERSICHT KODIERUNGEN	38

1 Einleitung

Im Zuge der Forschungswerkstatt des Moduls MA09, bei welchem Studierende die Möglichkeit erhalten, aktiv an einem Forschungsprojekt mitzuwirken, dieses auch zu gestalten und sich von kompetenten, der Forschung erfahrenen Fachpersonen/Dozierenden begleiten und bilden zu lassen, hat sich diese Forschungswerkstatt mit dem Thema Obdachlosigkeit und psychische Gesundheit sowohl auf der empirischen wie auch auf der theoretischen Ebene befasst. Die Spezifizierung innerhalb dieses Themas erfolgte nach dem Studium der aktuell vorliegenden empirischen Arbeiten, innerhalb der schweizerischen wie auch der internationalen Wissenschafts-Community. Geleitet von den Fragestellungen des quantitativen Vorkommens und der entsprechenden thematischen Inhalte konnte das zu bearbeitende Thema entsprechend eingegrenzt werden. Diese Forschungsarbeit widmet sich dem Thema der Kooperation von Organisationen, welche die Klientel von obdachlosen Menschen mit psychischen Erkrankungen als Adressat*innen haben. Mit Blick auf die eigene Erhebung stellte sich anschliessend die Frage hinsichtlich Erhebungsorte, d.h. Stadt und Einrichtungen. Die Autoren*innen dieses Forschungsberichts haben sich entschieden, 6 Einrichtungen in der Stadt Basel zu befragen, den Fokus insbesondere auf oben benannter Kooperation zu legen und die getätigten Interviews themenzentriert auszuwerten.

Im folgenden Forschungsbericht werden in einem ersten Schritt die Definitionen von Obdachlosigkeit, psychischer Gesundheit und Kooperation erläutert. Anschliessend wird anhand des nationalen und internationalen Forschungsstandes die Forschungslücke dargelegt. In einem nächsten Kapitel wird die gewählte Methodik erläutert. Für die Darstellung der Ergebnisse wird anhand der empirischen Auswertung die Fragestellung beantwortet. Abgeschlossen wird der Forschungsbericht mit der Darlegung der Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Praxis.

1.1 Definition Obdachlosigkeit

Bei der Definition von Obdachlosigkeit lassen sich Schwierigkeiten hinsichtlich einer allgemeingültigen und präzisen Betrachtungsweise ausmachen.

Aufgrund der sehr differenzierten Ursachen von Obdachlosigkeit, deren Verhinderung und die damit verbundene Rehabilitation der Betroffenen, wird ein differenziertes Modell und Konzept für ein besseres Verständnis und die Entwicklung langfristig wirksamer Modelle für die Verhinderung der Wohnungslosigkeit benötigt (vgl. Feantsa 2018).

Es existieren weltweit unterschiedliche Modelle, um Obdachlosigkeit und deren Folgen zu definieren und kategorisieren. Der vorliegende Forschungsbericht bezieht sich auf Grund der differenzierten Fokussierung auf Obdachlosigkeit und Wohnungslosigkeit, auf die Definition des Europäischen Dachverbands der Wohnungslosenhilfe (FEANTSA), welche sich ETHOS nennt (Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung). Wohnungslosigkeit und Obdachlosigkeit sollten hierbei keineswegs gleichgesetzt oder verwechselt werden, denn die beiden Begriffe werden in der internationalen wissenschaftlichen Community differenziert diskutiert. Obdachlosigkeit kann hierbei zwar als Bestandteil von Wohnungslosigkeit benannt werden, macht jedoch nur einen Teil der Wohnungslosigkeit aus (vgl. Feantsa 2018). Wohnungslosigkeit gilt als Oberbegriff eben jener Lebenslage von Menschen, welche nicht über einen festen Wohnsitz oder einen geschützten privaten Raum verfügen. Im konzeptionellen Verständnis der ETHOS Typologie gibt es drei Grundpfeiler, die Wohnen ermöglichen. Fehlen diese, dann kann somit auch eine Definition von Wohnungslosigkeit erfolgen. Es wird dabei zwischen dem physischen, sozialen und rechtlichen Bereich unterschieden. Der physische Bereich beschreibt den Besitz eines Raumes (Wohnung), über den die Person und ihre Familie ausschliessliche Besitzrechte ausüben. Der soziale Bereich beschreibt, wenn über eben jenen Raum auch Privatheit aufrechterhalten und Beziehungen gepflegt werden können. Der rechtliche Bereich beschreibt, wenn über den Raum auch legale Rechtstitel bestehen. Diese drei Grundpfeiler ermöglichen nach ETHOS Wohnen (vgl. ebd.).

Dank der Unterteilung lassen sich anschliessend Hauptkategorien von 1. Obdachlosigkeit, 2. Wohnungslosigkeit, 3. Unsicherem Wohnen und 4. ungeeignetem Wohnen bestimmen. All diese Hauptkategorien ergeben einen Mangel an Wohnung, weswegen ETHOS somit wohnungslose Menschen anhand ihrer Wohnsituation zu klassifizieren vermag. Anhand jener Hauptkategorien, welche als konzeptionell betrachtet werden können, kann anschliessend in 13 weitere Kategorien differenziert werden (siehe Abbildung 1).

ETHOS Europäische Typologie für Wohnungslosigkeit				
	Operative Kategorie		Wohnsituation	Definition
OBDACHLOS	1	Obdachlose Menschen	1.1 im öffentlichen Raum, in Verschlägen, unter Brücken etc.	Auf der Straße lebend, an öffentlichen Plätzen wohnend, ohne eine Unterkunft, die als solche bezeichnet werden kann
	2	Menschen in Notunterkünften	2.1 Notschlafstellen, Wärmestuben	Menschen ohne festen Wohnsitz, die in Notschlafstellen und niederschweligen Einrichtungen übernachten
WOHNUNGSLOS	3	Menschen, die in Wohnungsloseneinrichtungen wohnen	3.1 Übergangwohnheime	Menschen die in Einrichtungen wohnen, in denen die Aufenthaltsdauer begrenzt ist und keine Dauerwohnplätze zur Verfügung stehen
			3.2 Asyle und Herbergen	
			3.3 Übergangswohnungen	
	4	Menschen, die in Frauenhäusern wohnen	4.1 Frauenhäuser	Frauen, die wegen häuslicher Gewalt ihre Wohnung verlassen haben und kurz- bis mittelfristig in einer Schutz Einrichtung beherbergt sind
	5	Menschen, die in Einrichtungen für AusländerInnen wohnen	5.1 Aufnahmeeinrichtungen für Flüchtlinge und andere Zuwanderer/-innen, Auffangstellen,	ImmigrantInnen und AsylwerberInnen in speziellen Übergangunterkünften, bis ihr Aufenthaltsstatus geklärt ist
			5.2 Gastarbeiterquartiere	Quartiere für Ausländerinnen und Ausländer mit befristeter Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis
	6	Menschen, die von Institutionen entlassen werden	6.1 Gefängnisse, Strafanstalten	Nach Haftentlassung kein ordentlicher Wohnsitz vorhanden
			6.2 Medizinische Einrichtungen, Psychiatrie, Reha-Einrichtungen etc.	Bleiben weiter hospitalisiert, weil kein Wohnplatz zur Verfügung steht
			6.3 Jugendheime	Fallen nicht mehr unter die Jugendwohlfahrt, bleiben aber weiterhin im Heim, weil keine andere Wohnmöglichkeit zur Verfügung steht
UNGESICHERTES WOHNEN	8	Menschen, die in ungesicherten Wohnverhältnissen wohnen	7.1 Langzeitwohnheime für ältere Wohnungslose	Langzeitwohnheime mit Betreuungsangeboten für ältere und ehemals wohnungslose Menschen (Unterstützung dauer normalerweise länger als ein Jahr)
			7.2 ambulante Wohnbetreuung in Einzelwohnungen	
			8.1 temporäre Unterkunft bei Freunden / Bekannten / Verwandten	Wohnen in regulärem Wohnraum, aber ohne einen Hauptwohnsitz zu begründen und nur als vorübergehender Unterschlupf, weil kein eigener Wohnraum verfügbar ist
	9	Menschen, die von Zwangsräumung bedroht sind	8.2 Wohnen ohne <u>mietrechtliche</u> Absicherung, Hausbesetzung	
			8.3 Illegale Landbesetzung	
	10	Menschen, die in ihrer Wohnung von Gewalt bedroht sind	9.1 nach Räumungsurteil (bei gemietetem Wohnraum)	Wohnungen, für die bereits ein Räumungstitel vorliegt
			9.2 bei Zwangsversteigerung (von selbstgenutztem Wohnungseigentum)	Gäubiger sind bereits zur Zwangsversteigerung berechtigt
UNZUREICHENDES WOHNEN	11	Menschen, die in Wohnprovisorien hausen	10.1 mit Strafanzeige gegen Täter, trotz Wegweisungsbeschluss	Wohnen in Wohnungen, in denen man trotz Polizeischutz nicht vor Gewalt sicher ist
			11.1 Wohnwägen	Wohnen in Behausungen, die für konventionelles Wohnen nicht gedacht sind, die notdürftig zusammengebaut oder als Wohnwägen und Zelte gedacht sind
			11.2 Garagen, Keller, Dachböden, Abbruchhäuser etc.	
			11.3 Zelte, vorübergehende Behausungen	
	12	Menschen, die in ungeeigneten Räumen wohnen	12.1 Abbruchgebäude und andere bewohnte Gebäude, die nicht (mehr) zum Wohnen geeignet sind	Wohnen in Gebäuden, die für Wohnzwecke gesperrt oder ungeeignet sind, die kurz vor einem Abbruch stehen oder die durch die Bauordnung als ungeeignet klassifiziert sind
	13	Menschen die in überbelegten Räumen wohnen	13.1 Unterschreitung der zulässigen Mindestgröße pro Kopf; höchste nationale Grenze für Überbelegung	Wohnen in Räumen, die entgegen den Mindestanforderungen völlig überbelegt sind und von mehr Menschen als zulässig bewohnt werden

Abbildung 1: ETHOS Typologie

Für die folgende Forschung verwenden wir die Hauptkategorie Obdachlosigkeit, deren Subkategorien obdachlose Menschen (auf der Strasse lebend, an öffentlichen Plätzen wohnend) und Menschen in Notunterkünften (ohne festen Wohnsitz, in Notschlafstellen) sind (vgl. Feantsa 2018).

1.2 Definition und Bedeutung Psychische Gesundheit

Die Forschungsgruppe will sich im Folgenden an den Konzepten und Definitionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ausrichten, die sich an einer biopsychosozialen Dimension orientieren und nicht nur rein medizinische Gesundheitsvorstellungen hervorheben. Sowohl psychische Gesundheit als auch psychisches Wohlbefinden sind grundlegend für die Lebensqualität. So ermöglichen sie es den Menschen, ihr Leben als sinnvoll zu erleben und sich als kreative und aktive Bürger*innen zu betätigen. Dies macht psychische Gesundheit zu einem wesentlichen Element des gesellschaftlichen Zusammenhalts, der Produktivität und eines stabilen und friedlichen Lebensumfelds. Public Mental Health und dem psychischen Wohlbefinden förderliche Lebensweisen sind entscheidend dafür, dass die wirtschaftliche Entwicklung einer Gesellschaft stattfinden kann. Die Förderung der psychischen Gesundheit verbessert dabei die Lebensqualität und das psychische Wohlbefinden der gesamten Bevölkerung, einschliesslich der Menschen, welche von psychischen Gesundheitsproblemen betroffen sind und der sie betreuenden (vgl. WHO 2006: 18).

Die europäischen Länder der WHO stehen vor enormen Herausforderungen in ihrer Arbeit zur Förderung des psychischen Wohlbefindens der Bevölkerung, zur Verhütung psychischer Gesundheitsprobleme, insbesondere in marginalisierten und vulnerablen Gruppen und zur Behandlung, Versorgung und Unterstützung der Genesung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen. Oftmals gefährdet die mit psychischen Gesundheitsproblemen weit verbreitete Stigmatisierung die Entwicklung und Umsetzung einer Politik für psychische Gesundheit. Stigma wirkt dabei als die wichtigste Ursache für Diskriminierung und Ausgrenzung. So wirkt es sich auf das Selbstwertgefühl der Menschen aus, trägt zur Zerrüttung familiärer Beziehungen bei und begrenzt massgeblich die Fähigkeit, sich in der Gesellschaft zu bewegen sowie eine Wohnung und Beschäftigung zu finden (vgl. ebd.: 1f.). Hilfe zur Selbsthilfe und Überzeugungsarbeit sind äusserst wichtige Mechanismen zur Bewältigung dieser Problematik. Sowohl unzureichende Überzeugungsarbeit als auch fehlende finanzielle Unterstützung für die Betroffenen- und Betreuendenorganisationen behindern die Gestaltung und Einführung von Konzepten und Massnahmen, welche auf die Bedürfnisse und Wünsche der Adressaten*innen zugeschnitten sind. Das Fehlen der Stimmen von Betroffenen und Betreuenden in diesem Prozess spiegeln wiederum das den psychischen Gesundheitsproblemen anhaftende Stigma wider und kann negative Einstellungen sogar noch verstärken (vgl. ebd.: 4).

In der im Jahr 2005 von 52 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO unterschriebenen Europäischen Erklärung zur psychischen Gesundheit, zu der auch die Schweiz gehört, wurden Entscheidungen über die künftige Politik im Bereich psychische Gesundheit in der gesamten Region festgehalten.

Das primäre Ziel der Aktivitäten im Bereich der psychischen Gesundheit ist die Förderung des Wohlbefindens der Menschen. Indem auf ihre Stärken und Möglichkeiten gesetzt wird, kann ihre Resilienz gesteigert und äussere schützende Faktoren gefördert werden. Es wird anerkannt, dass die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention sowie die Behandlung, Pflege und Rehabilitation bei psychischen Gesundheitsproblemen für die WHO und ihre Mitgliedstaaten ein vorrangiges Anliegen darstellt. Die Sorge wird zum Ausdruck gebracht, dass die durch psychische Störungen in der Europäischen Region verursachte Krankheitslast nicht abnimmt und dass viele Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen trotz der Entwicklung wirksamer Interventionsmöglichkeiten nicht die erforderliche Behandlung und Versorgung erhalten. Die WHO Mitgliedstaaten werden aufgefordert, in Rücksprache mit allen beteiligten Akteur*innen im Bereich der psychischen Gesundheit eine Politik sowie Programme und gesetzliche Regelungen zu psychischer Gesundheit zu schaffen, die sich auf den aktuellen Wissensstand und die Achtung der Menschenrechte beziehen. Es wird zur Kenntnis genommen, dass viele Aspekte von Politik und Diensten im Bereich der psychischen Gesundheit in der gesamten Europäischen Region einem Wandel unterliegen. Politik und Dienste streben gesellschaftliche Integration und Gerechtigkeit an. Dieser umfassende Blickwinkel sucht die Ausgewogenheit zwischen dem Bedarf an und dem Nutzen aus verschiedenen psychosozialen Angeboten für die Gesamtbevölkerung, gefährdete Gruppen und Menschen, die von psychischen Gesundheitsproblemen betroffen sind. Dienste werden heute in einem breiten Spektrum gemeindenaher Umfelder erbracht und nicht mehr ausschliesslich in abgeschotteten grossen Anstalten. Diese Entwicklung wird als richtig und notwendig erachtet.

Die Gesundheitsminister*innen der WHO begrüssen, dass Politik und Praxis im Bereich psychische Gesundheit sich in der heutigen Zeit an folgenden Punkten orientiert und für diese steht:

- Die Förderung des psychischen Wohlergehens
- Die Bekämpfung von Stigma, Diskriminierung und sozialer Ausgrenzung
- Die Prävention von psychischen Gesundheitsproblemen

- Die Versorgung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen durch wirksame Dienste und Interventionen, die Betroffenen und Betreuenden Beteiligungs- und Entscheidungsmöglichkeiten bieten
- Die Rehabilitation und gesellschaftliche Integration von Menschen, die schwere psychische Gesundheitsprobleme durchlebt haben (vgl. ebd.: 9ff.).

Ausserdem verpflichteten sich die Gesundheitsminister*innen der WHO neben anderem zur Unterstützung von folgenden Bereichen:

- Partnerschaft, Koordinierung und Führung zwischen Regionen, Ländern, Sektoren und Organisationen herstellen, die auf psychische Gesundheit und die gesellschaftliche Integration von Einzelpersonen, Familien, Gruppen und Gemeinschaften Einfluss haben.
- Programme zur Anwerbung, Ausbildung und Schulung von Mitarbeitenden, um ein ausreichendes und kompetentes multidisziplinäres Arbeitskräfteangebot zu schaffen.
- Forschung veranlassen durch Vergabe von Forschungsaufträgen, sofern Wissensstand oder Methoden unzureichend sind und Verbreitung der Ergebnisse
- Förderung von Partnerschaften zwischen den für Versorgung und Unterstützung zuständigen Einrichtungen wie z.B. Gesundheitsdiensten, Sozialämtern, Wohnungsbehörden, Bildungseinrichtungen und Arbeitsvermittlungen (vgl. ebd.: 13f.).

Die Weltgesundheitsorganisation hat mit dem ICD-10 (International Classification of Diseases) einen internationalen Katalog zur Klassifikation von Krankheiten erstellt, der in der zehnten Revision zur Verfügung steht. Durch die Diagnostik soll ein Grundverständnis für die vorliegende Erkrankung und die beeinflussenden Bedingungen gewonnen werden und es sollte nach Möglichkeit auch eine Therapieplanung darauf aufbauen. Um zu bestimmen, was gesund und was krank ist, orientieren sich die gängigen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV am Konzept der Funktionalen Norm: Hierbei ist es ausschlaggebend, ob jemand die ihm/ihr zugetragene Funktion erfüllen kann. Jemand wird also als krank definiert, wenn er/sie z.B. nicht mehr arbeiten, soziale Beziehungen eingehen oder geniessen kann (vgl. Rief/Stenzel 2012: 11-14).

1.3 Definition Kooperation

Eingangs kann gesagt werden, dass es sich beim Begriff Kooperation um ein mehrdeutiges und mehrdimensionales Konzept handelt (vgl. Merten/Kägi/Zängl 2019: 15). Dies wird deutlich, wenn in der Fachliteratur und unter den Akteuren*innen der Sozialen Arbeit ganz unterschiedliche Aussagen, die im Kern jedoch das gleiche meinen, hinsichtlich einer Begriffsbestimmung, geäußert werden. Hochuli Freund/Stotz (2011: 55) definieren Kooperation folgendermassen:

Die gemeinsam zu produzierende Leistung «Ko-Produktion» verweist auf die Notwendigkeit von Kooperation, auf die gemeinsame Ausrichtung des Handelns auf ein vereinbartes Ziel hin. Der Wille Kooperation herzustellen, «diese strukturelle Angewiesen sein auf Kooperationswilligkeit und -fähigkeit der Klienten», verweist auf einen spezifischen Aspekt professioneller Grundhaltung und Kompetenz der Professionellen, «zunächst das zu erarbeiten und zu ermöglichen, worauf sie unabdingbar angewiesen sind: die Kooperationsbereitschaft eines Klienten» (ebd.).

Schweitzer (vgl. 1998: 22) erläutert Kooperation, indem er fragt, wie Fachleute in Gesundheits- und Sozialberufen ihre Zusammenarbeit mit ihren Arbeitskollegen*innen, Patienten*innen oder Klienten*innen, mit den Angehörigen und mit anderen Fachleuten so gestalten können, dass sie einander möglichst wenig behindern und dass möglichst viel dabei herauskommt. Hier wird bereits der erste Anhaltspunkt gegeben, wie wichtig inter- und intradisziplinäre Absprachen und Koordination der einzelnen Auftragsbestandteile sind, um das Klientel möglichst gesamthaft und mehrdimensional bei der Bearbeitung der sozialen Problemlagen zu unterstützen. Folgerichtig argumentieren van Santen und Seckinger (2003: 29) hinsichtlich ihrer Begriffsdefinition. Sie sagen, Kooperation wird verstanden als «(...) ein Verfahren der intendierten Zusammenarbeit, bei dem im Hinblick auf geteilte oder sich überschneidende Zielsetzungen durch Abstimmung der Beteiligten eine Optimierung von Handlungsabläufen oder eine Erhöhung der Handlungsfähigkeit bzw. Problemlösungskompetenz angestrebt wird».

Deutlicher, hinsichtlich des Versuches eine präzise und akzeptable Begriffsdefinition von Kooperation zu gestalten, wird von Kardorff. Er gibt in seiner Begriffsdefinition Parameter an, welche einerseits überprüfbare Elemente enthalten, andererseits einen Ausblick darüber geben, unter welchen strukturellen Elementen Kooperation zu verstehen sei (vgl. van Kardorff 1998: 210). Dadurch zeigt sich das Verständnis der kom-

petenten Bearbeitung eines gemeinsamen Gegenstandes in verschiedenen Handlungsfeldern. Er zeigt somit auf, dass es zu beachten gilt, dass es verschiedene Zielvorstellungen und Handlungslogiken der unterschiedlichen Fachkräfte und Professionen gibt, welche zwingend koordiniert werden müssen. Unter Kooperation - so sein Verständnis - soll eine problembezogene, zeitlich und sachlich abgegrenzte Form der gleichberechtigten, arbeitsteilig organisierten Zusammenarbeit zu festgelegten Bedingungen an einem von allen Beteiligten in einem Aushandlungsprozess abgestimmten Ziel mit definierten Zielkriterien verstanden werden. Im Lehrbuch Kooperation Kompakt wird hinsichtlich der Qualitätsansprüche, welche an die Professionellen der Sozialen Arbeit gestellt werden, bestätigt, dass Qualitätsarbeit stets durch vernetztes, abgesprochenes Zusammenarbeiten und Austauschbeziehungen auf institutioneller Ebene erzielt wird (vgl. Merten et al. 2019: 15f.).

Es wird also deutlich, dass Kooperation nur dann erfolgreich gelingen kann, wenn die Zusammenarbeit bewusst und geplant ist, und ein wechselseitiger Austausch verbunden mit gegenseitiger Abstimmung aller beteiligten Akteur*innen stattfinden kann. Jedoch kann Kooperation nicht nur als rationales, strategisches Handeln betrachtet werden, sondern ist immer auch als ethische Grundeinstellung zu verstehen. Ein tatsächlich wirkungsorientiertes Handeln im Alltag bedingt die gegenseitige fachliche Unterstützung anderer Professionen und deren Fachkräfte für die Soziale Arbeit. Es kann gesagt werden, «partnerschaftliche Kooperation bedeutet die Verständigung, die auf Grundlage des Respekts vor der Gleichwertigkeit der Einzelnen beruht, mit dem Ziel einen gelingenderen Alltag zu realisieren. Nur eine Kooperation, die als gleichwertige (nicht gleichberechtigte) Beziehung gestaltet ist, führt zur Zufriedenheit der Teilnehmenden und zu bedeutsamen Veränderungen in der beruflichen Praxis.»

(Eppel/Hamer 1997: 182 zit. in Merten et al. 2019: 19).

Bei der Betrachtung der Aspekte der optimierten klientelbezogenen Prozesse zur Behandlung von Problemlagen und der Entwicklung und Bereitstellung von wirkungsorientierten und wirkungserprobten Versorgungsdienstleistungen lassen sich verschiedene Formen der Kooperation differenzieren. Es kann damit aufgezeigt werden, welche unterschiedlichen Aspekte je nach Form des Austausches von Beteiligten zum Tragen kommen. Neben dem wichtigsten Merkmal, dass Kooperation mindestens zwei Kooperationspartner*innen benötigt, welche eine fachlich begründete Zusammenarbeit eingehen, unterscheiden sich die Formen der Kooperation auch hinsichtlich der

Beteiligten (vgl. Merten et al. 2019: 28f.). Einerseits kann Kooperation zwischen Klientel und Professionellen stattfinden. Andererseits kann auch die Kooperation hinsichtlich Intraprofessionalität, Interprofessionalität und Interdisziplinarität sowie Interorganisationalität durch verschiedene Merkmale ausdifferenziert werden. Intraprofessionelle Kooperation kennzeichnet die Zusammenarbeit zwischen Professionellem der gleichen Organisation oder der gleichen Profession. Interprofessionelle und interdisziplinäre Kooperation bezeichnet die Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachkräfte der unterschiedlichen Professionen einer Organisation oder Anbieter*innen von Dienstleistungen (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2017: 104f.). Hier ergeben sich bereits die ersten Herausforderungen hinsichtlich des bereits erwähnten Qualitätsanspruchs. Fachkräfte mit unterschiedlichen Qualifikationen und Spezialisierungen innerhalb ihrer Profession, mit unterschiedlichen Kompetenzbereichen und beruflichen Blickwinkeln auf Problemlagen, sollen qualitativ hochwertig und stets klientel- und patientenorientiert zusammenarbeiten, damit spezifische Komponenten der einzelnen Professionen zur optimalen Versorgung der Patient*innen oder der Klientel beitragen können. Als übergeordnet kann auch die interorganisationale Kooperation betrachtet werden. Sie stellt die Form der Kooperation dar, bei der die beteiligten Organisationen und Dienstleistungsunternehmen sich hinsichtlich des Gegenstandes und in Bezug auf die optimalste Ausgestaltung der Behandlungsprozesse der Problemlagen und der Entwicklung von optimal wirksamen Versorgungsmöglichkeiten vernetzen und koordinieren (vgl. Merten et al. 2019: 28f.).

Gerade bei der letzten Kooperationsform wird deutlich, welche hohen Anforderungen an die einzelnen Akteur*innen gestellt werden, damit hinsichtlich der optimalen und wirksamen Begleitung der Adressat*innen Prozesse eingeleitet und gesteuert werden können. Es benötigt neben ausgeprägten sozialen und methodischen Kompetenzen auch das Wissen von Strukturen anderer involvierter Organisationen und ein gewisses Mass an diplomatischem Geschick für Verhandlungen hinsichtlich der auszuübenden Kompetenzen für wirkungsvolles Handeln in Bezug auf eine gemeinsam zu bearbeitende Problemlage. Dauerhaft erfolgreich kooperiert kann eigentlich nur werden, wenn alle Beteiligten auch entsprechende Erfolge bzw. positive Effekte erzielen können. Das erscheint unter dem Aspekt von unterschiedlichen Logiken der Betrachtung einer Problemlage und Herangehensweisen der jeweiligen Organisationen und innerhalb der beteiligten Organisationen je nach beteiligten Disziplinen als Herausforderung, welche es als langfristig positiv auszugestalten gilt. Erfolg kann dies nur bringen, wenn (1)

Zweck und Inhalt der jeweiligen Kooperation in der entsprechenden Form geklärt ist, wenn (2) Zuständigkeiten, Verantwortungsbereiche und Prozessmodelle festgelegt wurden, wenn (3) genau jene Akteur*innen zusammenarbeiten, welche auch einen tatsächlich wirksamen Beitrag zur Lösung leisten können, wenn (4) beteiligte Akteur*innen sich persönlich und hinsichtlich ihrer Arbeitsweise, Arbeitsauftrag und deren immanenten Rollen kennen, wenn (5) Strukturen eine gewisse Festigkeit und Kontinuität aufweisen können, welche durch festgelegte und institutionalisierte Treffen und Formen des Wissensaustausches gewährleistet werden, wenn (6) ein Nutzen der jeweiligen Beteiligten für die Bearbeitung einer Problemlage von Adressat*innen möglich ist, wenn (7) Ausreichende zeitliche Ressourcen, welche auch längerfristig gesichert werden können, vorhanden sind und wenn (8) Beteiligte eine hohe Kooperationsfähigkeit aufweisen können (vgl. Merten et al. 2019: 31f.).

2 Forschungsstand

Im 1. Nationalen Länderbericht (vgl. Drilling/Mühlethaler/Iyadurai 2020: 4) wird die unzureichende Literatur zum Thema Obdachlosigkeit in der Schweiz thematisiert. Die Lücken werden erst heute mit Statistiken und regionalen Studien zu Obdachlosigkeit langsam gefüllt. Daher erstaunt es nicht, dass so wenige Ergebnisse für die Schweiz aus der Literaturrecherche vorliegen. Im Folgenden wird darüber berichtet.

2.1 Methode der Literaturrecherche

Um den aktuellen Forschungsstand zum Thema Obdachlosigkeit und psychische Gesundheit zu eruieren, wurden in verschiedenen internationalen und nationalen Datenbanken recherchiert. Ziel der Recherche ist es, Studien aus der gesamten Schweiz und aus dem internationalen deutschsprachigen Raum zum Thema «Obdachlosigkeit und psychische Gesundheit» zu ermitteln.

In sieben verschiedenen Datenbanken für psychologische und sozialwissenschaftliche Fachliteratur wurden nach folgenden Schlagwörtern gesucht:

International:

- obdachlos* AND psychisch*

Schweiz:

- sans AND domicile AND mental*
- sans AND abri AND mental*
- sans AND abri AND mental*
- sans AND domicile AND psychique
- sans AND abri AND psychique
- sdf AND psychique
- senzatetto AND mentalmente
- homeless* AND mental*

Die gesuchten Schlagwörter erzielten in Bezug auf Publikationen folgende Trefferanzahlen (eigene Darstellung):

Datenbank	Anzahl Treffer
Psycinfo	3
WISO	50
Medline	14
Scopus	5
PEP-Web	1
Swisscovery	43
Socialsciences Citation Index	0

Abbildung 2: Übersicht Datenbankrecherche

Zusätzlich zu den Publikationen aus der Datenbankrecherche wurden weitere relevante Studien herangezogen, die dem Forschungsteam bekannt sind. Zur Systematisierung der Literaturanalyse wurden Leitfragen entwickelt und angewendet:

- Welche Daten und Statistiken gibt es zur Verbreitung des sozialen Problems Obdachlosigkeit und psychischer Gesundheit?
- Werden psychische Erkrankungen als Folge oder Ursache von Obdachlosigkeit gesehen, auf die das Forschungsteam bei ihren Literaturrecherchen zusätzlich gestossen ist? Gibt es dynamische Sichtweisen, die interaktionistisch die gegenseitige Beeinflussung untersuchen?
- Welche Kooperationen gibt es zwischen Institutionen resp. Professionen der Obdachlosenhilfe und der Psychiatrie?
- Was ist die Wirkung der Kooperationen und der Mehrwert für obdachlose Menschen (Programme, Wohnsettings, aufsuchende Arbeit)?

Aus der Recherche ist ein Zusammenhang zwischen Wohnprekarität und psychischer Erkrankung festzustellen, dennoch fehlen in der Schweiz und im internationalen deutschsprachigen Raum aufschlussreiche statistische Daten zu obdachlosen Menschen mit psychischer Erkrankung. Allgemein lässt sich aus der Recherche feststellen, dass Menschen, die obdachlos aus psychiatrischen Kliniken entlassen werden, vor allem unter Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen leiden. In den wenigen Studien werden aufsuchende Angebote für obdachlose und psychisch erkrankte Menschen zur Erhöhung der Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft

als wichtig erachtet und das Fehlen solcher Angebote als Grund für die geringe Anzahl dieser Zielgruppe in psychiatrischen Behandlungen beschrieben.

2.2 Deskription Obdachlosigkeit und psychische Gesundheit

Dieses Kapitel umschreibt, welche Daten und Statistiken es zur Verbreitung des sozialen Problems Obdachlosigkeit in Zusammenhang mit psychischer Gesundheit gibt.

Nationaler Forschungsstand

Lutz (2016: 19ff.) beschreibt, dass der Forschungsstand in der Schweiz wenig ausgeprägt sei und weiterführender Forschung bedürfe. In der Schweiz gibt es keine offizielle statistische Datenbank zur Obdachlosigkeit. Es werden nur die Zahlen der einzelnen Organisationen erfasst, was dazu führt, dass nur institutionell eingebundene obdachlose Menschen in den Statistiken auftauchen. Von Obdachlosigkeit betroffen sind überwiegend alleinstehende Männer mittleren Alters, wobei ein Anstieg von obdachlosen Frauen zu verzeichnen ist. In der Stadt Basel waren im Jahr 2015 82% der Notschlafstellennutzenden Männer im Alter zwischen 31 und 50 Jahren (vgl. ebd.). Für das Jahr 2020 liegt die Auslastung der Notschlafstellen in der Stadt Basel bei 455 Personen (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel Stadt 2021). Vergleicht man die Zahlen von 2009 bis 2020 lässt sich eine Zunahme von 28% feststellen (vgl. ebd.). Wie Drilling et al. (2020: 9) ausführen, verfügt die Schweiz über keine Datenbestände hinsichtlich der Gesamtheit von Obdachlosigkeit betroffenen Personen. Aussagekräftige Zahlen liegen lediglich für die Stadt Basel vor. Diese umfasst zum Zeitpunkt der Befragung rund 100 obdachlose Menschen (vgl. Drilling/Dittmann/Bischoff 2019: 1). Wie viele Menschen davon psychisch krank sind, ob das Ausmass an Menschen, die auf der Strasse leben, zugenommen hat, darüber kann die auf Basel bezogene Studie keine Aussagen treffen.

Lauber/Ray/Rössler (2006) untersuchen in ihrer Studie «Homeless people at disadvantage in mental health services» Patient*innendaten aus den Jahren 1996 – 2001, die stationär in einer psychiatrischen Klinik im Kanton Zürich behandelt wurden. Von den untersuchten 28'204 Patient*innen traten 269 obdachlos aus der Klinik aus, was 1% entspricht. Davon waren 72,1% Männer mit einem Durchschnittsalter von 32 Jahren. 47,2% hatten keine abgeschlossene Lehre oder eine andere Ausbildung. Sie stell-

ten fest, dass diese Personen häufiger von Substanzabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen betroffen sind als andere Patient*innen in der Klinik. Die Anzahl von Personen mit einer Doppeldiagnose war bedeutend höher im Vergleich zu anderen Patient*innen. Sie halten auch fest, dass obdachlose Menschen signifikant weniger lang in der Klinik verbleiben als Menschen, die nicht von Obdachlosigkeit betroffen sind (vgl. ebd.: 141). Sie stellen in ihrer Studie fest, dass obdachlose Menschen im Vergleich zu anderen Patient*innen nur eingeschränkt das gleiche Therapieangebot (z.B. Psychotherapie) erhalten, resp. mehr auf berufsbildende oder sozialarbeiterische Interventionen fokussiert wird (vgl. ebd.: 143).

Auch hinsichtlich der Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei obdachlosen Menschen liegen in der Schweiz keine Daten vor (vgl. Briner et al. 2017: 340). Einzig die Querschnittsstudie bei Wohnungslosen in Zürich, welche im Jahr 2013 von Briner et al durchgeführt wurde, leistet hier einen Beitrag. Die Studie kommt zum Ergebnis, dass bei 96% der befragten wohnungslosen Menschen (N=338) in Zürich eine psychiatrische Diagnose vorliegt, am häufigsten eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit. Gemessen an der Allgemeinbevölkerung sind somit wohnungslose Menschen in Zürich deutlich häufiger von psychischer Krankheit betroffen (vgl. ebd.: 339). Werden nur die obdachlosen Menschen gemäss ETHOS-Typologie berücksichtigt, beträgt die Zahl 34 Personen (Nachtpension und Notschlafstelle) (vgl. ebd.).

Aufgrund der eingeschränkten Datenbasis von nationalen Untersuchungen und der damit verbundenen zu wenig aussagekräftigen Ergebnisse, haben sich die Autor*innen entschieden, internationale deutschsprachige Studien beizuziehen, um den Forschungsstand zu psychisch erkrankten Menschen ohne Obdach besser abdecken zu können.

Internationaler deutschsprachiger Forschungsstand

In der SEEWOLF Studie (**S**eelische **E**rkrankungen in den **E**inrichtungen der **W**ohnungslosen**h**ilfe im Grossraum München) wurde unter anderem folgender Frage nachgegangen: Wie hoch sind die derzeitige und die Lebenszeit-Prävalenz an seelischen Erkrankungen bei den Bewohner*innen der Einrichtung der Wohnungslosenhilfe in München? (vgl. Bäuml/Baur/Brönner/Pitschel-Walz/Jahn 2017: 49). Dazu wurden 232 Bewohner*innen in einer repräsentativen Zufallsstichprobe untersucht (vgl. ebd. 2017:

50). Die Seewolfstudie gewichtete das Männer-Frauen Verhältnis der Teilnehmenden auf vier zu eins. Die Autor*innen weisen darauf hin, dass ihre Gewichtung dem international bekanntem Männeranteil entspricht. Dieser bewegt sich zwischen 67% (Kanada), 70,4% (Dänemark), 72,2% (Polen), 74,4% (USA), 75,3% (Niederlande) und 83,4% (Europa). Im Schnitt waren die Frauen in der SEEWOLF Studie 45,2 Jahre und die Männer 48,8 Jahre alt (vgl. ebd.: 83). Im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung waren Personen mit einer geringeren schulischen Ausbildung signifikant überrepräsentiert. 11,4% hatten keine schulische Ausbildung (vgl. ebd. 2017: 88). Zum Zeitpunkt der Studie gingen 46,6% keiner Arbeit nach, die anderen waren in Arbeitsprogrammen, 1-Euro-Jobs oder Arbeitstherapie in der Einrichtung beschäftigt. 6,1% der befragten Personen waren im ersten Arbeitsmarkt tätig (vgl. ebd.: 92). 48,3% der Männer lebten schon mal auf der Strasse als «rough sleeper». Bei den Frauen waren es 15,6%, was einen signifikanten Geschlechterunterschied darstellt. Die Dauer, welche die Menschen auf der Strasse verbrachten, hat eine grosse Streuung von einem Tag bis 10 Jahre. Durchschnittlich waren es 321 Tage (vgl. ebd.: 110). Die Lebenszeit-Prävalenz psychischer Erkrankungen liegt bei 93,3%. Die Ein-Monats-Prävalenz lag beim Zeitpunkt der Untersuchung bei 74,0%. 6,7% der untersuchten Personen hatten keine psychiatrischen Auffälligkeiten und mehr als 70% wiesen mehr als eine psychiatrische Diagnose auf. 42,6% zeigten substanzinduzierte Störungen, 10% schizophrene Spektrums Störungen, 20,2% affektive Störungen und 18,4% Neurotische und Somatoforme Störungen sowie Belastungsstörungen. Sämtliche Werte sind signifikant höher im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (vgl. ebd.: 128ff.).

Die SEEWOLF Studie untersuchte zudem die Wohnsituation vor Eintritt der Wohnungslosigkeit bei 232 Bewohner*innen in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. 63,4% aller untersuchten Personen haben vor der Wohnungslosigkeit in einer eigenen Unterkunft gelebt. Rund 4% wurden aus einer medizinisch-psychiatrischen Einrichtung in die prekäre Wohnsituation entlassen. 16,8% der Männer und 20,9% der Frauen verorten langfristige somatische oder psychische Erkrankungen als Ursache für den Wohnungsverlust (vgl. Bäuml et al. 2017: 106f.).

In der Metastudie «Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen in Deutschland» durch Schreiter/Bermppohl/Krausz/Leucht/Rössler/ Schouler-Ocak/Gutwinski (2017) wird festgehalten, dass es in Deutschland keine einheitliche

staatliche Erfassung von obdachlosen Menschen gibt. Für das Jahr 2018 wird die Anzahl wohnungsloser Menschen in Deutschland auf etwa 536`000 Personen geschätzt (vgl. Schreiter et al. 2017: 543f.). In den untersuchten elf Studien zwischen 1989 und 2012 lag der Frauenanteil bei 10,7%. Bei der Erfassung von seelischen Erkrankungen ergab sich eine gepoolte Prävalenz von 77,5%. Substanzbezogene Störungen machten dabei 60,9% aus. Die häufigste konsumierte Substanz war dabei der Alkohol, mit einer Alkoholabhängigkeits-Prävalenz von 55,4%. Angststörungen waren mit 17,6% und Affektive Störungen mit 15,2% verbreitet. Persönlichkeitsstörungen machten 29,1% der psychischen Störungen aus. Im Vergleich zur Normalbevölkerung ergab sich - über alle Störungen verteilt - eine 3,8 mal höhere Verbreitung bei Menschen, die von Obdachlosigkeit betroffen sind. Nur auf die substanzgebundenen Störungen bezogen waren obdachlose Menschen 22mal häufiger von Alkoholabhängigkeit und 21mal höher von substanzbezogenen Störungen betroffen als die Allgemeinbevölkerung von Deutschland (vgl. ebd.: 548). Wohnungslose Menschen leiden also im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich häufiger unter behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen (vgl. ebd.: 550).

2.3 Kausalität von Obdachlosigkeit und psychischer Gesundheit

Aus den beschriebenen Daten eröffnet sich die Frage nach der Kausalität. Sind psychische Erkrankungen die Folge von Obdachlosigkeit und den widrigen Bedingungen auf der Strasse? Oder können psychische Erkrankungen viel mehr als Ursache für Obdachlosigkeit, beispielsweise durch Wohnungsverlust bei wiederholten Hospitalisierungen, festgemacht werden?

Nationaler Forschungsstand

Briner/Jäger/Kawohl/Baumgartner-Nietlisbach (2017) weisen in der Studie «Psychische Krankheit und subjektive Gesundheit bei Wohnungslosen in Zürich» die Häufigkeit von psychiatrischen Diagnosen in Zusammenhang mit prekären Wohnsituationen in der Schweiz nach. Menschen, welche auf der Strasse oder in prekären respektive temporären Unterkünften leben, «bergen ein markant höheres Risiko, an einer psychischen Krankheit zu leiden» (Briner et al. 2017: 342).

Jaeger/Briner/Kawohl/Seifritz/Baumgartner-Nietlisbach (2015) weisen auf den Dreh-Tür-Effekt hin. Notschlafstellen sind mit knappen Ressourcen ausgestattet, insbesondere bei Fachleuten für psychische Gesundheit (vgl. Jaeger et al. 2015: 414). Folglich

finden Zugänge zu psychiatrischen Diensten mehrheitlich durch unfreiwillige Aufnahmen oder Notfallbesuche bei Selbst- oder Fremdgefährdungen statt. Während einer Krisenintervention oder kurzfristigen akut stationären Behandlung können für die Betroffenen kaum Verbesserungen in den Versorgungsketten ausserhalb der Klinik erreicht werden. Wenn Patient*innen sich nicht dazu bereit erklären einen längeren Klinikaufenthalt anzutreten, kann keine angemessene Unterkunft und Unterstützung für ihre psychische Gesundheit aufgegleist werden. Sie werden als Folge davon in eine ähnliche prekäre Situation wie vor der Klinikaufnahme entlassen (vgl. ebd.).

Die Risikofaktoren, bei einer Entlassung obdachlos zu werden, identifizieren Lauber et al. (2006: 138) als bereits bestehende Obdachlosigkeit bei Aufnahme, kein Leben in einer Beziehung, geringe klinische Verbesserung während der stationären Behandlung und Entlassung gegen ärztlichen Rat. Zusätzlich sind nach Lauber et al. (2006: 141) Menschen mit diagnostizierter Schizophrenie, Mehrfachsubstanzkonsum, illegalem Substanzkonsum oder Doppeldiagnosen (psychische Störungen in Kombination mit Substanzstörungen) von einem erhöhten Risiko obdachlos zu werden betroffen.

Ob Obdachlosigkeit oder eingeschränkte psychische Gesundheit als Ursache für das Phänomen gelten, lässt sich nur schwer beantworten. In den beschriebenen nationalen Studien wird die Kausalität oft mit verschiedenen Faktoren beschrieben, die in gegenseitiger Wechselwirkung stehen. Ein ähnliches Bild zeigt der Blick in internationale deutschsprachige Studien.

Internationaler deutschsprachiger Forschungsstand

Zur Ursache von Wohnungslosigkeit im Zusammenspiel mit psychischen Erkrankungen finden sich auch international nur wenige Erklärungsmodelle. Wie in der SEEWOLF Studie festgehalten, hat Wohnungslosigkeit oft multidimensionale Ursachen (vgl. Bäuml et al. 2017: 111). Beschrieben als das «Bermudadreieck der Wohnungslosigkeit» aus Arbeitslosigkeit, sozialen Problemen sowie psychischen Erkrankungen, können sich diese bei den Betroffenen äussert heterogen äussern (vgl. ebd.). Die Ergebnisse der SEEWOLF Studie zeigen auf, dass bei 85% der befragten Personen die psychische Erkrankung der Wohnungslosigkeit voraus ging (vgl. ebd.: 230).

Die Metastudie «Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen in Deutschland» durch Schreiter et al. (2017) diskutiert die Wechselseitigkeit von psychischen Erkrankungen und Obdachlosigkeit. Als konsistentester Risikofaktor für die Entstehung von Wohnungslosigkeit können demnach psychische Erkrankungen, resp. schädlicher Substanzkonsum festgemacht werden (vgl. Schreiter et al. 2017: 549).

Verschiedenste Faktoren wie Scheu, Schamgefühl und Angst vor Ablehnung, das zum Teil auffällige Erscheinungsbild, aber auch Resignation, finanzielle Probleme oder ein nicht ausreichendes Krankheitsbewusstsein mit gegebenenfalls hoher Symptomtoleranz sowie mangelnde Hygienemöglichkeiten führen dazu, dass von Wohnungslosigkeit betroffene Menschen sich nicht im medizinischen Regelversorgungssystem behandeln lassen oder dort nicht behandelt werden. Weitere Gründe für Unterversorgung sind häufig auch ungeklärte Krankenversicherungsverhältnisse. Insbesondere von psychischen Erkrankungen betroffenen wohnungslosen Menschen gelingt es daher nur sehr bedingt, die traditionellen medizinischen Versorgungsmöglichkeiten zu nutzen, vor allem wenn eine zusätzliche Suchtmittelabhängigkeit vorliegt (vgl. BZgA 2011: 211f.).

2.4 Kooperation zwischen Institutionen / Professionen

Obdachlosigkeit und psychische Gesundheit ist ein komplexes Phänomen, dessen Ursache und Kausalität nicht geklärt ist. In der Bearbeitung dieses sozialen Phänomens beteiligen sich unterschiedliche Akteur*innen aus unterschiedlichen Professionen wie z.B. der Sozialen Arbeit, Psychologie, Medizin oder Pflege. Welche Studien zu Kooperationsformen es zwischen Institutionen der Obdachlosenhilfe und der Psychiatrie, mit ihren unterschiedlichen Professionen, gibt, wird in diesem Kapitel dargestellt.

Nationaler Forschungsstand

Briner et al. (2017) untersuchten anhand einer Querschnittstudie die psychiatrische Morbidität und die subjektive Gesundheit bei Wohnungslosen in der Stadt Zürich. Für die Querschnittstudie wurden 338 Wohnungslose in Zürich zu ihrer selbst wahrgenommenen Gesundheit befragt und ihre medizinische und psychiatrische Versorgungssituation erfasst (vgl. ebd.: 340). Die Studie ergab, dass 81% der Teilnehmenden in den vergangenen 6 Monaten einen Arzt aufgesucht haben, sich jedoch nur ein Viertel in

psychiatrischer Behandlung befindet. Der Kontakt mit der Psychiatrie komme häufig nur bei einer Zustandsverschlechterung und unfreiwillig zustande, über 30% in Form einer fürsorglichen Unterbringung. Es wird festgestellt, dass nachgehende und aufsuchende psychiatrische Hilfen in der Schweiz noch wenig etabliert seien. Wohnungslose und psychisch kranke Personen würden durch aufsuchende Dienste nur schwer erreicht werden und würden deshalb häufig erst von kommunalen Überlebens- und Wohnhilfen aufgefangen. Briner et al. gehen davon aus, dass gerade bei diesen besonders vulnerablen Risikogruppen aufsuchende Angebote dazu beitragen könnten, die Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft zu erhöhen. Als Folge der Studienergebnisse hat die Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich in den vergangenen Jahren eine mobile Krisenintervention (Mokit) aufgebaut und viele wohnungslose Personen aufsuchend begleitet (vgl. ebd.: 345).

Aufgrund von knappen Ressourcen konnte zwar nur ein kleiner Teil der in dieser Studie beschriebenen Zielgruppe aufsuchend und meist befristet betreut werden. Dies dürfte mit ein Grund sein, weshalb sich nur 25% der befragten Personen in psychiatrischer Behandlung befinden. Immerhin berichten die Verantwortlichen der Wohneinrichtungen, dass dank der Kooperation mit der mobilen Krisenintervention schwer erkrankte Personen besser in ihrem wenig betreuten Milieu gehalten werden können (Briner et al.: 339).

In Lausanne wurde 2001 ein Intensive Case Management (ICM) Programm für von Obdachlosigkeit betroffene Menschen mit schweren psychischen Störungen entwickelt und getestet (vgl. Morandi et al. 2017). Ein mobiles, multidisziplinär zusammengesetztes Team aus Psychiatrie, Pflege und Sozialer Arbeit hat Wohnungslose aufgesucht, um die Inanspruchnahme von Diensten, die Therapietreue und die Qualität der Unterstützungsnetzwerke in einer beobachtenden Studie zu untersuchen (vgl. ebd.: 3). Ziel der Studie war es zu testen, ob das angewendete intensive Case-Management die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Störungen und Substanzkonsumstörungen verbessert werden könnte (vgl. ebd.: 2). Im nachfolgenden Kapitel (2.5 Wirkung von Kooperationen zwischen Institutionen / Professionen) werden die Ergebnisse erläutert.

In Deutschland sind Kooperationen in den Versorgungsmodellen schon länger Gegenstand von wissenschaftlichen Untersuchungen. Dazu gibt es unterschiedliche Beispiele, welche im folgenden Kapitel ausgeführt werden.

Internationaler deutschsprachiger Forschungsstand

Aufsuchende, medizinische Versorgungsmodelle vor Ort (Medical Streetwork) existieren in Deutschland seit Ende der 1980er Jahre. Medizinische Behandlungen wurden dabei an Treffpunkten oder Institutionen angeboten, die von Personen der Zielgruppe frequentiert werden. Dabei wurde die klassische Arzt*in-Patient*in-Beziehung in Frage gestellt, in der der/die Patient*in zum Arzt*in kommt (sog. Komm-Struktur) und durch eine Geh-Struktur des Arztes/der Ärztin ergänzt (vgl. Nouvertné et al. 2002: 84). Konzeptuelle Vorüberlegungen betonten die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit von Sozialer Arbeit, Pflege und Medizin. Interessant zu erwähnen ist, dass erste Forderungen hinsichtlich einer derart konzipierten medizinischen Versorgung vom Bundesministerium für Gesundheit bereits 1989 aufgestellt worden sind. Dadurch wird erkennbar, dass der Thematik auf politischer Ebene Wichtigkeit beigemessen wird. Auch die Anbindung aufsuchender medizinischer Versorgungsmodelle an diverse Ämter und Institutionen der Obdachlosenhilfe und deren Vernetzung untereinander werden als ausserordentlich wichtig erachtet für eine funktionierende Versorgung der Betroffenen. Die Intention dahinter sei stets die Implementierung medizinischer Versorgung in sozialarbeiterisch orientierte, betroffenenenzentrierte Betreuungskonzepte (vgl. Nouvertné et al. 2002: 85). Ein Case- und Disease-Management durch niederschwellig arbeitende Ärzt*innen in enger Kooperation mit der involvierten Sozialen Arbeit ermögliche eine erste Selektion und Bewertung, Beurteilung und Einschätzung der Klientel. Ein koordiniertes Case-Management wird auch deshalb als wichtig erachtet, weil psychisch auffällige oder erkrankte wohnungslose Menschen zwischen verschiedenen Hilfesystemen pendeln oder sogar zirkulieren, ohne eine angemessene Hilfe zu erhalten. Die Koordination der verschiedenen Hilfemassnahmen stellt daher auch eine kosteneinsparende Wirkung dar (vgl. ebd.: 89).

Nouvertné et al. beschreiben im Sammelband «Obdachlos und psychisch krank» (2002) die Versorgungssituation in Deutschland seit Ende der 1990er Jahre. Sie plädieren für eine vermehrte Vernetzung der Versorgungssysteme der Obdachlosenhilfe mit der Psychiatrie anhand von Kooperationsmodellen. Exemplarisch verweisen sie

unter anderem auf das «Kölner Kooperationsmodell», das 1993 mit einer Projektgruppe bestehend aus Vertreter*innen des Sozial-, Wohnungs- und Gesundheitsamtes in enger Abstimmung mit den Initiant*innen und Träger*innen der Wohnungslosenhilfe seinen Anfang nahm. Ziel der Projektgruppe war es, eine Verbesserung der Strukturen und Hilfen innerhalb der Obdachlosenhilfe zu erarbeiten. Konzeptionell wurde dabei vor allem ein Ausbau der niederschweligen Angebote angestrebt. Die Kommunale Förderung ambulant tätiger Fachkräfte der Nicht-Sesshaftenhilfe, bildete dabei das Kernstück (vgl. Nouvertné et al. 2002: 147f.). Erstes Ziel des Projektes war es, den Kreislauf des Rotierens zwischen Klinikaufenthalt und Notunterbringung in der Wohnungslosenhilfe zu durchbrechen. So entstand die Idee eines Hotel Plus, in dem obdachlose Menschen mit nicht behandelter psychischer Erkrankung durch psychiatrisch geschultes Personal betreut werden konnte (vgl. ebd.: 150). Im Jahr 2002 konnte ein ambulantes Hotel Plus errichtet werden, das einen besser planbaren Übergang zwischen Klinikentlassung und Unterbringung von wohnungslosen Psychiatriepatient*innen erlaubte. Weiter wurde mit dem Angebot Hotel Plus Mobil eine ambulante Begleitung für Menschen installiert, die im Anschluss an eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Fachklinik eine Nachsorge benötigten. Es wurde festgehalten, dass die aufsuchende Hilfe an verschiedenen Orten erfolgen könne. Wichtig sei, dass eine Beziehung zu den Betroffenen aufgebaut werde, die als Unterstützung und Hilfe angesehen werden könne. Dank einer ämterübergreifenden Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Fachkliniken und dem Deutschen Roten Kreuz sei auch eine Plattform für Ideen und Analysen der Obdachlosenhilfe geschaffen worden (vgl. ebd.: 152f.).

Meller/Fichter/Quadflieg (2000: 543-551) untersuchten in einer epidemiologischen Studie in München die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Dienste durch psychisch erkrankte obdachlose Menschen. In einer repräsentativen Stichprobe wurden 146 obdachlose Männer und 32 obdachlose Frauen mit Hilfe des Diagnostic-Interviews-Schedule (DIS) in standardisierter Weise interviewt. Die Resultate der Studie zeigten, dass medizinische und psychosoziale Einrichtungen in Anspruch genommen wurden, jedoch meist nur als kurzfristige Krisenintervention. Es folgte keine kontinuierliche Betreuung der Betroffenen. Es wurde festgestellt, dass Frauen häufiger in Behandlung waren als Männer. Neue Versorgungsmodelle wurden als notwendig erachtet, da die Hemmschwelle für die derzeitige Versorgungsstruktur gross sei (vgl.

ebd.: 543). Häufig wurden die Hilfen auch unfreiwillig in Anspruch genommen beispielsweise bei Alkoholintoxikationen durch Notärzt*innen oder die Polizei (vgl. ebd.: 549). Es bestehe bei der Versorgung obdachloser Menschen ein qualitatives Defizit, bestehend aus einem streng voneinander getrennten Sozial- und Gesundheitswesen: Die Inanspruchnahme der medizinischen Versorgungssysteme sei für obdachlose Menschen über die Sozialhilfe abgedeckt, erfordere aber Krankheitseinsicht und Eigeninitiative, zumal obdachlose psychisch erkrankte Menschen wenig soziale und familiäre Unterstützung erfahren. Medizinische und psychiatrische Street-Work-Programme würden den Bedürfnissen der obdachlosen Menschen häufig besser entsprechen, da die Betroffenen keine Hemmschwelle überwinden müssten, um sich selbst aktiv in Behandlung zu begeben (vgl. ebd.: 550).

Im Landkreis Konstanz ist seit 1998 eine Krankenschwester für die mobile Ambulanz (mA) tätig, welche wohnungs- und obdachlose Menschen aufsucht, Kontakt herstellt und eine pflegerische Grund- und Erstversorgung leistet (vgl. Volk-Uhlmann 2009). Auch die Aufklärung über die Auswirkungen von Substanzmissbrauch und Prävention durch Beratung gehören zu den Aufgaben der mA. Darüber hinaus wird die Vermittlung in die medizinische Regelversorgung sowie die Koordination der Regelversorgung zu Hilfesystemen der Obdachlosenhilfen abgedeckt. Das Angebot der mA richtet sich an wohnungs- und obdachlose Menschen, die gesundheitlich behandlungsbedürftig seien und nicht anderweitig medizinisch versorgt werden könnten. Die Betroffenen werden dabei unterstützt, ihre gesundheitlichen Bedürfnisse wieder wahrzunehmen. Dies wird durch teils lang andauernde Beziehungs- und Motivationsarbeit erreicht. Verschiedene Studien belegen, dass die gesundheitlichen Belastungen wohnungsloser Menschen sehr gross sind, und dass die Lebensumstände auf der Strasse, fehlendes Krankheitsbewusstsein der Betroffenen und hohe Zugangsbarrieren die Versorgung behandlungsbedürftiger wohnungsloser Menschen im Versorgungssystem oft verhindern (vgl. ebd.: 210-216). Die Krankenschwester der mA arbeitet eng mit den Sozialarbeiter*innen zusammen, um die Hilfestellungen im Bereich Gesundheit zur gesamten Hilfeplanung in Bezug zu setzen (vgl. ebd.: 213). Ausserdem steht seit 2008 ein Psychiater zur Verfügung, dessen Hilfe sehr gefragt sei. Nur durch eine enge Vernetzung der medizinischen Ambulanz in das örtliche Gesundheitssystem, aber auch mit anderen

Hilfesystemen, wie der Suchthilfe oder der Psychiatrie, sei eine hohe Qualität der Arbeit und eine passgenaue Hilfe für die betroffenen wohnungslosen Menschen sicherzustellen (vgl. ebd.: 215).

2.5 Wirkung von Kooperationen zwischen Institutionen / Professionen

Eine Kooperation der Obdachlosenhilfe mit anderen Professionen und Institutionen wie z.B. der Psychiatrie wird in unterschiedlichen Formen angestrebt. Um einen Gewinn für obdachlose Menschen zu schaffen ist es jedoch zentral, dass diese Kooperationen eine positive Wirkung haben. Im Folgenden werden die Ergebnisse von Wirkungsuntersuchungen dargestellt.

Nationaler Forschungsstand

Auf der Grundlage des 2001 in Lausanne durchgeführten Intensive Case Management (ICM)-Programms wurde 2014 ein Pilotprojekt des Intensive-Case-Managements für Sucht (ICMA) entwickelt und in der gleichen Gegend implementiert (vgl. Morandi et al. 2017). Das Programm wurde mit einer Gruppe schwer erreichbarer Menschen mit schweren psychischen Störungen und Substanzkonsum, die Schwierigkeiten haben, sich auf suchtmmedizinische oder psychiatrische Dienste einzulassen, erprobt. Dieses innovative, multidisziplinäre, mobile Team-Programm kombinierte die Methoden des Assertive Community Treatment (ACT) und der Critical Time Intervention (CTI). Ziel der Studie war es, die Auswirkungen von ICMA auf die Inanspruchnahme von Dienstleistungen, die Therapietreue und die Qualität von Unterstützungsnetzwerken zu beobachten. Die psychosoziale und psychische Funktionsfähigkeit der Teilnehmenden, sowie der Substanzkonsum wurden ebenfalls während der gesamten Intervention untersucht. Die von Morandi et al. 2017 veröffentlichte Studie war beobachtend. Teilnahmeberechtigt waren Personen, die während des ersten Jahres der Implementierung in das Programm eintraten. Die Daten von den insgesamt 30 Teilnehmenden wurden anhand von strukturierten Fragebögen und Karteikarten erhoben. Zwei Vollzeit-Case-Manager, eine Krankenschwester und ein Sozialarbeiter, und ein Psychiater wurden für das Projekt rekrutiert. Die Teilnehmenden wurden von ihren Angehörigen oder von ihren medizinischen oder sozialen Fachkräften an das ICMA-Programm herangeführt. Die Aufnahme und die Ziele des Programms wurden in multidisziplinären Teamsitzungen besprochen. Bei Bedarf wurden Kontakte zu anderen Fachleuten hergestellt, die bereits an der Situation beteiligt waren.

Die ICMA-Intervention war in der Lage, Barrieren beim Zugang zur Pflege sowohl auf der persönlichen als auch auf der strukturellen Ebenen zu überwinden (vgl. ebd.). Auf der persönlichen Ebene ermöglichte die unmittelbare praktische Hilfe, die sich auf die Bedürfnisse der Teilnehmenden konzentrierte, diesen eine starke Beziehung zum Pflegedienstleister aufzubauen und so Misstrauen und Argwohn zu vermeiden. Die Erfahrung einer positiven therapeutischen Beziehung löschte die Erinnerung an schlechte frühere Erfahrungen mit Pflegediensten, wie z.B. Zwang, und überwand das Suchtverhalten. Auf der Ebene der Anbietenden boten die Mobilität, die Proaktivität, das Engagement und die Verfügbarkeit der Betreuung die Möglichkeit, auf Anforderungen der Teilnehmenden einzugehen. Auf der Ebene des Systems schliesslich mobilisierte die Intervention das Netzwerk, erleichterte die Koordination der Versorgung und ermöglichte die Entwicklung neuer therapeutischer Optionen. Die Anwesenheit bei Terminen und die Medikamenteneinhaltung nahmen während der Intervention zu. Die verbesserte Therapietreue der Teilnehmenden reduzierte signifikant die Rate der Einweisungen in die allgemeine Notaufnahme und die Anzahl der psychiatrischen Notaufnahmen. Es wurde jedoch kein signifikanter Einfluss auf die Anzahl der Einweisungen in die psychiatrische Klinik gefunden. Dies könnte durch die Heterogenität der Stichprobe erklärt werden. Einige Teilnehmende waren vor der Intervention regelmässig hospitalisiert oder hatten lange stationäre Aufenthalte hinter sich. In diesen Situationen ermöglichte die ICMA eine schnelle Entlassung und Rückkehr in die Gemeinschaft (vgl. Morandi et al. 2017). Andere Teilnehmende hatten vor der Aufnahme in das Programm lange Zeit keinen Kontakt zu Pflegediensten gehabt. Daher forderte ihr stark verfallener Gesundheitszustand eine sofortige stationäre Versorgung bei Eintritt in das Programm. Die Qualität des Unterstützungsnetzwerks wurde durch die ICMA-Intervention stark verbessert. Ein wichtiger Teil der Arbeit der Case Manager und des Psychiaters war der Entwicklung und Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Sozial- und Gesundheitsdiensten sowie den Angehörigen der Teilnehmenden gewidmet, um die Koordination der Versorgung zu verbessern. Auf Systemebene wurden regelmässige Termine mit den Führungskräften anderer Dienste organisiert. Ausserdem besuchten die Fallmanager*innen wöchentlich das Team der anderen Dienste. Auf klinischer Ebene wurden regelmässige Kontakte mit jedem Mitglied des Netzwerks gepflegt. Hilfe wird oft nur in Krisenzeiten und hauptsächlich durch Zwang (unfreiwillige Einweisung oder Vormundschaft) geleistet. Die Anwendung von Zwang könne jedoch zu erhöhter

Angst, Verlust des Selbstwertgefühls und Stimmungsstörungen führen, mit einer daraus resultierenden Intensivierung des Konsums von Alkohol oder illegalen Drogen. Indem ICMA sich mehr auf die primären Bedürfnisse der Teilnehmenden konzentrierte, bot es ihnen eine neue Perspektive auf ihre Situation, was sich in einem gestärkten Selbstbewusstsein, reduziertem Substanzkonsum, verringerten Stimmungsstörungen und Selbstverletzungen und erleichtertem Knüpfen von sozialen Kontakten auswirkte (vgl. ebd.).

Dieser erste Befund bestätigt die positiven Auswirkungen von ACT und KTI auf die Verbesserung der Wohnstabilität und die Verringerung der Obdachlosigkeitsrate bei Menschen mit schweren psychischen Störungen und Substanzkonsumstörungen (vgl. ebd.).

Im ersten Länderbericht zur Lage der Obdachlosigkeit in der Schweiz argumentieren Stutz et al. (2017 zitiert in: Drilling/Mühlethaler/Iyadurai 2020: 38) für ein, wie in der Stadt Zürich vorkommendes, Modell von Nachtkliniken. Die Autor*innen kommen zum Ergebnis, dass diese Form der Klinik als Alternative für stationäre Aufenthalte genutzt werden kann. Dies, weil sie «eine rehabilitative Aufgabe für wohnungslose Menschen mit vornehmlich psychotischen Erkrankungen» erfüllt und damit «zu einer Vermeidung oder Verkürzung vollstationärer Klinikaufenthalte» beiträgt (ebd.).

Die internationalen deutschsprachigen Untersuchungen zeigen unterschiedliche Ergebnisse zur Wirkung von Kooperationen, welche im folgenden Kapitel dargestellt werden.

Internationaler deutschsprachiger Forschungsstand

Zu der Wirkung von Kooperationen in der Wohnungslosenhilfe existieren bisher nur sehr vereinzelte Forschungsergebnisse. Meller et al. (2000: 550) betonen die Wichtigkeit des Aufbaus eines ausreichend niederschweligen Angebots, welches den Betroffenen entgegenkommt. So entsprechen medizinische und psychiatrische Street-Work-Programme besser den Bedürfnissen von obdachlosen Menschen als dies bisherige Versorgungsstrukturen tun, welche für viele Obdachlose mit einer viel zu grossen Hemmschwelle verbunden sind. In verschiedenen Studien führten kurzfristige

Krankenhaus-Aufenthalte zu keinen grundsätzlichen Veränderungen, während längerfristige stationäre Behandlungen gegebenenfalls mit Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung Konsequenzen für die Obdachlosigkeit beinhalteten.

Ende der 90er Jahre hob die sozialpsychiatrische Versorgungsforschung die Bedeutung und Wirkung der häuslichen psychiatrischen Pflege für die Versorgungsarbeit hervor. In einer Untersuchung von Obert (2001) konnten wirksame Ergebnisparameter durch die ambulant-assertive Betreuungsarbeit (ACT) der Sozialpsychiatrischen Dienste innerhalb einer sich selbst verpflichtenden Grundversorgung nachgewiesen werden. So reduzierte sich, gemäss dieser Studie, sowohl durch eine gelingende und frühzeitige Kooperation und Kontaktaufnahme als auch durch eine intensive Vernetzungsarbeit innerhalb der Betreuung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst, mit der für die Region verorteten Pflichtversorgungsklinik, die Krankenhausverweildauer pro Klient*in um durchschnittlich 52.4% und die Anzahl der stationären Klinikaufenthalte pro Klient*in um durchschnittlich 36%. Durch die enge Zusammenarbeit und Kontaktgestaltung zum Zeitpunkt der Patientenaufnahme, im Verlauf der akuten Klinikbehandlung und während der Entlassungsvorbereitung, sinke schliesslich die Zahl der zwangsweisen Unterbringungen im Durchschnitt um 40% pro Klient*in ab (vgl. Obert 2001: 53-85).

Zur Entwicklung einer nachhaltigen Kooperation, ist der Einbezug der betroffenen Personen unerlässlich. Masanz (2017) sammelt im Buch «Und ich steh immer draussen vor der Tür» Erfahrungsberichte von Betroffenen und hebt deren Bedürfnisse hervor. Masanz (2017: 3) beschreibt, dass insbesondere von psychischen Erkrankungen betroffene wohnungslose Menschen Versorgungslücken aufdecken und Mängel an regionalen Versorgungsverpflichtungen und Verantwortungen offenbaren. Da die konventionellen und etablierten Instrumente zur Hilfebedarfsmessung, die Einrichtungsstrukturen, Behandlungsmethoden und Angebote oftmals nicht zu dieser Gruppierung von Menschen passen, sind Einrichtungen in einem besonderen Masse dazu gezwungen, ihr Tun, ihr Selbstverständnis und ihre konzeptionelle Ausrichtung einer Prüfung zu unterziehen. «Diese Gruppe offenbart und bietet im gleichen Masse an, Entwicklungsräume für eine Diskussion zu Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der psychiatrischen Versorgungslandschaft zu initialisieren» (ebd.: 3). Zuvor muss diese Gruppe jedoch eingehend beschrieben, identifiziert, untersucht und somit erst einmal

wahrgenommen werden, um in einem besonderen Masse in den Mittelpunkt der Versorgungslandschaft zu rücken. Es gilt, diese Gruppe von Menschen in ihren Bedürfnissen, in ihren Strukturen und ihrer Binnenlogik, im Rahmen biographischer Rekonstruktionen zu verstehen, um den betroffenen Personen genau die Hilfen und Unterstützungen zukommen zu lassen, welche sie akzeptieren, annehmen und von denen sie profitieren können (vgl. ebd.: 3). Hier rückt nun die immense Wichtigkeit von Kooperationen in den Fokus. Für den Langzeitverlauf von psychischen Erkrankungen nimmt laut Masanz (2017: 6) die Gestaltung der Behandlung, die Strukturierung, die Kooperation und Vernetzung der verorteten Versorgungssysteme eine grosse Bedeutung ein.

Nach Masanz (2017) sind Professionelle, welche in den sozialpädagogischen Arbeitsfeldern tätig sind, auf das Handeln, auf die Kompetenz der beteiligten und flankierenden Instanzen und Dienste angewiesen. Sozialpädagog*innen benötigen für ihre Klientel sogenanntes Verweisungswissen, damit Kompetenzen abgerufen und wirksam angewendet werden können. So stehen die Fälle in einem Kontext mit anderen Instanzen (einrichtungsübergreifend) und Professionen (interdisziplinär) und werden zu «einem Fall für» die behandelnden Fachärzt*innen, für die Suchtberatungsstelle, für die Polizei und für gesetzliche Betreuende (vgl. ebd.).

So sei bei der Betrachtungs- und Bearbeitungsweise als «Fall für» in einem ersten Schritt notwendig, die Tätigkeit der anderen, für den Fall relevanten Instanzen zu erkennen und in einem weiteren Schritt das Mögliche dafür zu tun, dass diese auf eine gelingende und förderliche Weise entsprechend zusammenwirken (vgl. Masanz 2017: 10). «Sozialpädagogische Fallarbeit unter Sachaspekten heisst Nutzung anerkannten Expertenwissens auf eine fallangemessene Weise.» (Müller 2012 zit. in Masanz 2017: 10) Um die Sachlage zu klären, soll über medizinisches, diagnostisches, pharmakologisches, sozialwissenschaftliches, sozialanwaltschaftliches, behördliches als auch pflegerisches und methodisches Wissen (Intervention) verfügt werden können (vgl. ebd.: 10).

Sozialpädagogische Fallarbeit ist von fremden Zuständigkeiten und Kompetenzen abhängig, um ganzheitliche und alltagsorientierte Hilfestellungen anbieten zu können. Dabei gilt es, das Wissen über ein anerkanntes Allgemeines zu nutzen und kompetent auf den jeweiligen Fall anzuwenden. Lokales Wissen darüber, welche Dienste es beispielsweise innerhalb des Gemeindepsychiatrischen Verbundes einer Region gibt,

wird erfordert. Wie gestalten sich die Zugänge, die gesetzlichen Grundlagen und die Finanzierung, ebenfalls der Dienste, welche in der Wohnungsnotfallhilfe, der Suchtkrankenhilfe oder der medizinisch-pflegerischen Hilfe angesiedelt sind. Dabei geht es einerseits um juristisches und sozialrechtliches Know-how und andererseits um das Wissen und die Erfahrung eines sozialadministrativen Vorgehens oder auch darum, welche Leistungsspektren und Module die jeweiligen Dienste anbieten (vgl. Masanz 2017: 11). «Es geht darum, sowohl zu wissen, wie wo und von wem Unterstützung zu holen ist, als auch um das Wissen, das Handeln jener Instanzen fallbezogen kritisch prüfen zu können.» (ebd.)

Um die Mitarbeit, die Compliance der Klientel zu gewinnen, gilt es zu motivieren und Perspektiven für die Zukunft aufzuzeigen (vgl. ebd.). Eine Zukunft, für die es sich lohnt, sich oder Teile seines bisherigen Lebens und Lebenswandels, seine Einstellungen und Haltungen zu überdenken und zu verändern, um schlussendlich neue Wege, anderes Verhalten, alternative Bewältigungsstrategien auszuprobieren. Zentrale Aufgabe des Hilfesystems ist hierbei, die Hindernisse und Barrieren abzubauen, und dabei zum Beispiel Wohnraumsicherung, materielle Sicherung, eine gesundheitliche Grundversorgung und Schuldenberatung zugänglich zu machen und sicherzustellen um Motivation, Vertrauen und Raum für Veränderungsbereitschaft zu schaffen (vgl. ebd.).

In einer kontrollierten Interventionsstudie untersuchte ein Forschungsteam 2006 in Tübingen, ob eine verhaltenstherapeutische Kurzintervention in Form von fünf Gesprächen die Vermittlung der von Obdachlosigkeit betroffenen Männern mit zusätzlicher psychiatrischer Diagnose ins sozialpsychiatrische oder Suchthilfesystem positiv beeinflussen würde (vgl. Längle et al. 2006: 218-225). Dabei sollte geprüft werden, ob bei psychisch erkrankten Obdachlosen eine verhaltenstherapeutische Kurzintervention durchzuführen sei und ob diese bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfen zu besseren Ergebnissen als bei der Gruppe der Kontrollgruppe führen würden. Hierfür wurden Probanden mit mindestens einer psychiatrischen Diagnose nach ICD-10 (73% der Stichprobe) randomisiert und der Massnahmengruppe (fünf Kurzkontakte) oder der Kontrollgruppe (keine Intervention) zugeteilt. Nach jeweils vier und acht Monaten wurde das Hilfesuchverhalten der Probanden evaluiert.

Die insgesamt geringe Inanspruchnahme wurde auf die Tatsache zurückgeführt, dass ein selbstständiges hilfeaufsuchendes Verhalten für Menschen, die von Obdachlosigkeit betroffen sind und unter einer chronischen, psychischen Erkrankung leiden, eine

Überforderung darstellt. Dabei sei es nachvollziehbar, dass eine kurzangelegte therapeutische Massnahme keine grundlegenden Veränderungen herbeiführen könne. Verschiedene Studien weisen auf die Wichtigkeit der Beziehungsebene zwischen Betroffenen und Helfer*in hin, was innerhalb von wenigen Wochen kaum möglich sei. Die Studie kommt zum Schluss, dass offenbar nur eine geringe Zahl der obdachlosen Menschen durch eine Verhaltenstherapeutische Kurzintervention zu erreichen ist. Grundsätzlich scheine ein niederschwelliges, auf längerfristiger Beziehungsarbeit aufbauendes, aufsuchendes Angebot eher erfolgversprechend zu sein (vgl. Längle et al. 2006: 218-225).

2.6 Exkurs Street Psychiatry

Street Psychiatry ist ein Versuch, dem Phänomen der Obdachlosigkeit in Zusammenhang mit psychischer Gesundheit auf eine andere, neue Art zu begegnen. Diese Interventionsform wird vereinzelt in den USA betrieben und gilt als eine Erweiterung und Ergänzung des bestehenden Hilfesystems. Dabei wird die Hilfe vor Ort direkt von medizinisch-psychiatrischem Personal durchgeführt, wie folgender Exkurs zeigt.

Fleisch/Kelly (2014: 246f.) stellen in einem Artikel das Modell «Street Psychiatry» vor. Das Modell ist ein Versuch, den gesundheitlichen Bedürfnissen der obdachlosen Menschen gerecht zu werden. Die Street Psychiatry bietet Menschen, die von Obdachlosigkeit betroffen sind, an öffentlichen Plätzen, wo sich Betroffene aufhalten, Gesundheitsdienste in Form von psychiatrischer Beratung und Pflege an. Fleisch/Kelly sind der Meinung, dass Psychiater*innen eine wichtige Rolle in der «Street medicine» spielen, da obdachlose Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, insbesondere solche mit psychotischen Störungen, oft schwer zu erreichen sind. Durch psychiatrische aufsuchende Arbeit und selbstbewusstem Engagement mit sozialen Diensten könnten Betroffene besser erreicht werden und die Qualität der Versorgung könne sich so weit erhöhen, dass sie dem von Menschen ohne schwere psychische Erkrankungen entsprechen könne. 2012 entwickelten und implementierten sie in Chapel Hill (USA) ein psychiatriespezifisches Programm für die aufsuchende Arbeit auf der Strasse mit dem Ziel, das Modell zu verfeinern und gleichzeitig Praxiserfahrung für künftige Psychiatrie-Assistenzärzt*innen im Umgang mit obdachlosen Menschen zu entwickeln. Dabei haben Fleisch/Kelly die interdisziplinären und pädagogischen Ansätze des Mo-

dells mit aufsuchenden Ansätzen kombiniert. Sie haben mit Organisationen zusammengearbeitet, die obdachlose Menschen betreuen und begleiten. Im interdisziplinären Team der aufsuchenden psychiatrischen Arbeit sind unter anderem Assistenzärzt*innen der Psychiatrie im Einsatz. In den regelmässigen Einsätzen auf der Strasse führt das Team Gespräche mit Betroffenen. Dadurch wird Vertrauen aufgebaut und psychische und soziale Bedürfnisse werden von Betroffenen öfter angesprochen. Durch den Einsatz der Assistenzärzt*innen ausserhalb der Kliniken und Spitälern entstehe bei ihnen ein besseres Verständnis über die komplexen Bedürfnisse dieser Patient*innen (vgl. Fleisch/Kelly 2014: 246f.).

Anhand des vorliegenden Forschungsstandes wäre es durchaus vermessen zu sagen, dass es im Bereich der Obdachlosenhilfe, welche sich den Herausforderungen einer zusätzlichen psychischen Erkrankung stellt, keine Kooperation gibt, sondern es kann nur gesagt werden, dass der Forschungsstand aktuell keine Antworten dazu liefert. Die vorliegende Untersuchung stellt daher den Versuch dar, Vorkommen und Formen von Kooperationen in Wohnungslosenhilfe beispielhaft empirisch aufzuzeigen.

2.7 Ergebniszusammenfassung und Herleitung der Fragestellungen

Nationale und internationale Forschungen haben ergeben, dass es eine hohe Korrelation zwischen Obdachlosigkeit und psychischer Gesundheit gibt. Es ist von einer hohen Wechselwirkung auszugehen. Die strukturellen Umstände der Obdachlosigkeit sind für erkrankte Menschen kein Setting, in denen ihre psychische Gesundheit verbessert werden kann. In dieser prekären Lebensform sind die Menschen starkem Stress und sozialer Ausgrenzung ausgesetzt, was keine förderlichen Faktoren für die Heilung psychischer Krankheit ist. Gleichzeitig scheinen Menschen mit psychischer Krankheit eine erhöhte Chance zu haben, ihre Wohnung zu verlieren. Abhängigkeits-erkrankungen und Formen der Schizophrenie können die Wohnkompetenzen vermindern, was zu Konflikten mit der Nachbarschaft oder zu einer Verwahrlosung der Wohnung führt. Um dem hoch komplexen Phänomen der Obdachlosigkeit professionell begegnen zu können, braucht es, wie im Forschungsstand ausgeführt, interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen der Obdachlosenhilfe und den Institutionen der Psychiatrie.

Diese Zusammenarbeit ist in der Forschung noch wenig erforscht. Wie in Kapitel 2.5 erläutert, sind Kooperation zwischen Psychiatrie und Einrichtungen der Obdachlosen-

hilfe noch kaum erforscht, obschon die Komplexität der Lebenslagen und die Problematiken dieser Gruppe (Gesundheits- und Wohnprobleme) eine Zusammenarbeit implizieren. Dabei zeigt die Studie von Morandi et al. (2017) auf, dass sich eine Kombination von aufsuchender medizinischer, psychiatrischer und sozialarbeiterischer Arbeit mit stationären Interventionszeiträumen als besonders effektiv herausstellte. Studien aus dem Ausland zeigen ein ähnliches Bild. Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperationen zwischen den Institutionen der Obdachlosenhilfe und der Psychiatrie scheinen ein geeignetes Modell zu sein, um gelingende Hilfestellungen für Menschen, die von Obdachlosigkeit betroffen sind, anbieten zu können. Die Forschungsgruppe hat sich entschieden, mit Fokus auf die Stadt Basel, diese Forschungslücke zu bearbeiten, da die Stadt Basel zu den wenigen Städten gehört, in denen die Obdachlosigkeit gut dokumentiert ist und aufgrund verschiedener Aktivitäten der Hochschule ein verbesserter Zugang zum Untersuchungsfeld vermutet wird.

Die Fragestellung und die Unterfragen für die Forschung lauten:

«Wie gestaltet sich die interdisziplinäre Kooperation zwischen Einrichtungen der Psychiatrie und der Obdachlosenhilfe im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen, die in der Stadt Basel von Obdachlosigkeit betroffen sind?»

1. Wie nehmen die Einrichtungen der Obdachlosenhilfe und der Psychiatrie in der Stadt Basel Obdachlosigkeit und psychische Gesundheit wahr?
2. Welche Kooperationen gibt es in der Stadt Basel zwischen den Einrichtungen der Obdachlosenhilfe und der Psychiatrie und wie gestalten sich diese?
3. Welche Bedeutung haben interdisziplinäre Kooperationen für die Einrichtungen der Obdachlosenhilfe und der Universitären Psychiatrischen Kliniken UPK in Basel?
4. Wie sehen Herausforderungen und der Handlungsbedarf für diese Kooperationen in der Stadt Basel aus?

3 Methoden

Um die Forschungsfragen zu beantworten, werden im folgenden Kapitel in einem ersten Schritt das Samplingverfahren sowie die Betriebsprofile der ausgewählten Organisationen dargelegt. Anschliessend folgt ein Exkurs zum Feldzugang. Abgeschlossen wird die diese Kapitel mit der Darlegung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring.

Vorweg wurde auf Basis der definierten Fragestellung sowie deren Unterfragen ein Leitfadeninterview erstellt (siehe Anhang, Kapitel 8.1). Dabei wurde insbesondere auf eine erzählgenerierende Fragetechnik Wert gelegt und zusätzliche Punkte zur potenziellen Nachfrage festgehalten. Wie in Kapitel 3.1 weiter ausgeführt, wurde ein zusätzliches Leitfadeninterview für das Fachspital Sune-Egge in Zürich erstellt (siehe Anhang, Kapitel 8.2).

3.1 Samplingverfahren

Zur Beantwortung der Fragestellung fokussiert sich die Forschungsgruppe auf Interviewpartner*innen als Expert*innen in Organisationen der Obdachlosenhilfe und Psychiatrie. Einerseits ist dies durch die Frage nach inter- und intradisziplinären Kooperationen gegeben und der Fokus wird auf die subjektive fallübergreifende Sicht der befragten Personen gerichtet. Andererseits hätte das Verhältnis zwischen Betroffenen und Hilfeeinrichtungen zwar zu einer Teilbeantwortung der Fragestellungen beitragen können, jedoch wären hierfür datenschutzrechtlich wie auch ethische Abklärungen notwendig gewesen. Folgend werden die ausgewählten Organisationen, mit deren Zustimmung, für den vorliegenden Forschungsbericht nicht anonymisiert.

Da Obdachlosigkeit primär in urbanen Räumen in Erscheinung tritt, wurde in einem ersten Schritt eine Übersicht möglicher Organisationen respektive Interviewpartner*innen in den grössten Städten der Schweiz (Basel, Bern, Luzern, Zürich) erstellt. Auf Grund der grossen Angebotslandschaft, insbesondere im Bereich der Obdachlosenhilfe, sowie bereits vorhandenen Kontakten zu einzelnen Organisationen entschied sich die Forschungsgruppe für die Stadt Basel.

Da im Verlauf der erwähnten Übersicht das Fachspital Sune-Egge in Zürich als gelingende Kooperationen zwischen Psychiatrie und Obdachlosenhilfe sichtbar wurde, werden die ausgewählten Organisationen in Basel dem Fachspital gegenübergestellt. Das

Fachspital eignet sich als Referenzpunkt, da interdisziplinäre Kooperationen innerhalb derselben Organisation zur Problemlösung herangezogen werden.

Es wurde eine Übersicht aller Organisationen in Basel inklusive ihres Auftrags und Angebots erstellt (siehe Anhang, Kapitel 8.3). Um dies aufgrund der formalen zeitlichen Limitation einzugrenzen, wurden vier Interviewpartner*innen aus Organisationen identifiziert, die niederschwellige Angebote der Obdachlosenhilfe für Menschen nach ETHOS Typologie Hauptkategorie 1 bereitstellen. Zudem wurden zwei Interviewpartner*innen identifiziert, welche psychiatrische Hilfe im Bereich Krisenintervention vollziehen.

Um die räumliche Dimension der gewählten Organisationen darzulegen, folgt eine Übersicht respektive Netzwerkkarte der Standorte (eigene Darstellung):



1. Notschlafstelle Sozialhilfe
2. Elim Diakonische Stadtarbeit
3. Schwarzer Peter
4. Tageshaus für Obdachlose
5. UPK Sozialdienst
6. UPK Krisenintervention

Abbildung 3: Netzwerkkarte Basel

Die folgenden Betriebsprofile der ausgewählten Institutionen wurden mit Hilfe einer Desk-Recherche erstellt und durch Erläuterungen der Interviewpartner*innen ergänzt (eigene Darstellung):

Org.	Auftrag	Angebot	Leistungsauftrag	Disziplinen	Grösse	Seit
Obdachlosenhilfe						
Fachspital Sune-Egge	Basismedizinisch orientiertes somatisches Akutspital für Patient*innen aus dem Sucht- und Obdachlosenmilieu mit komplexen sozialmedizinischen Fragestellungen	- Behandlung akuter Gesundheitsprobleme - Prä- und postoperative Behandlungen - Individuelle Behandlung für Innere Medizin, Infektiologie und Psychiatrie - Begleitung in palliativen Situationen - Ambulatorium mit täglichen Sprechstunden	Kantonaler Leistungsauftrag und auf der Zürcher Spitalliste als Fachspital für Sozialmedizin und Abhängigkeitserkrankungen	- Ärzt*innen - Sozialarbeitende - Pflegefachpersonen - Theologie - Physio- und Maltherapeut*innen	45 Betten, Team von 90 Personen und rund 20 Freiwillige	1989
Sozialdienst Notschlafstellen	Sozialarbeit für obdachlose Menschen in den Notschlafstellen	- Niederschwellige individuelle Beratung und Information - Unterstützung beim Erschliessen externer Ressourcen - Ziel: Notschlafstellen entlasten und Triage mit weiteren Wohnhilfsangeboten	Befristeter Dienstleistungsauftrag vom Kanton	- Sozialarbeitende - Psychiatriepflegefachpersonen	70 Stellenprozente auf 2 Personen verteilt, für ca. 103 Betten	2018
Elim Diakonische Stadtarbeit	Integration von Menschen, die an den Rand der Gesellschaft geraten sind, auf der Gasse leben und eine Suchtproblematik aufweisen	- Aufsuchende und beratende Gassenarbeit - Kostenlose Verpflegung - Stationär und ambulant betreutes Wohnen - Kontakt- und Beratungsstelle für Migranten und Asylsuchende	Leistungsvereinbarung mit dem Kanton und spendenbasierte Freiwilligenprojekte, vereinzelte Integrationspauschalen	- Streetworker - Arbeitsagog*innen - Pflegefachpersonen - Sozialarbeitende - Sozialtherapeuten - Fachpersonen - Betreuung - Pflegefachpersonen	29 Wohnungen davon 18 speziell für suchtmittelabhängige Menschen mit Pflegebedarf und 30 Wohnungen für ambulante Wohnbegleitung	1997
Schwarzer Peter	Gassenarbeit/aufsuchende Soziale Arbeit	- Kurzberatung - Offene Sprechstunde - Einzelfallhilfe - Begleitung - Meldeadresse - Autonomes Büro für Schreibarbeiten - Kleiderabgabe	Für 40% der Aufwände Leistungsauftrag mit Kanton	- Streetworker - Sozialarbeitende	Team von 6 Personen	k.A.
Tageshaus Obdachlose	Entlastung für Betroffene und öffentlicher Raum durch Bereitstellen eines Aufenthaltsraums	- Abdeckung Grundbedürfnisse - Mahlzeiten - Hygieneangebote - Kleiderabgabe - Raum - Austausch und Zahnsprechstunde	Teil der Stiftung Sucht, finanziert durch Leistungsauftrag mit Kanton und durch Spenden	- Sozialarbeitende - Pflegefachpersonen - Kooperation mit Psychiater für interdisziplinären Austausch (4x im Jahr)	Team von 5 Personen und diverse Freiwillige und Externe (z.B. Mittler oder Zahnärzte)	1972
Psychiatrie						
UPK Sozialdienst	Unterstützung im Genesungsprozess	- Koordination und Vernetzung der Patienten/Innen mit externen Organisationen, Behörden, Beratungsstellen - Unterstützung unabhängig von stationärem, teilstationärem oder ambulanten Aufenthalt	Leistungsvereinbarung mit dem Kanton	- Sozialarbeitende	30 Sozialarbeitende und 3 Auszubildende, Teil des Behandlungsteams	2000
UPK Krisenintervention	Akute Krisenintervention für illegale Substanzen	- Entzug von illegalen Substanzen	Leistungsverrechnung über die Krankenkassen	- Oberärzt*innen - Assistenzärzt*innen - Psycholog*innen - Sozialarbeitende - Pflegefachpersonen	19 bis 24 Betten	k.A.

Abbildung 4: Betriebsprofile

3.2 Feldzugang

Die in Kapitel 3.1 aufgeführten Organisationen, respektive die Expert*innen, wurden per E-Mail kontaktiert (siehe Anhang, Kapitel 8.4). Dabei wurde einleitend unser Forschungsinteresse dargelegt und die Rahmenbedingungen des gewünschten Interviews sowie Fragen des Datenschutzes erörtert. Alle angefragten Interviewpartner*innen reagierten prompt und stimmten einem Interview zu. Es ist anzumerken, dass die angeschriebenen Organisationen bereits in anderen Kontexten mit Mitglieder*innen oder Dozierenden aus unserer Forschungsgruppe in Kontakt kamen und die wissenschaftlichen Aufarbeitung der Thematik Obdachlosigkeit begrüßten. Auch das Fachspital Sune-Egge reagierte auf Anhieb positiv auf die Forschungsanfrage.

3.3 Beschreibung Auswertungsmethode

Zur Auswertung der Daten entschied sich die Forschungsgruppe für die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2002). Einerseits, da eine kategoriengeleitete Analyse für einen ersten Zugang zu Forschung - für gewisse Gruppenmitglieder*innen war dies der erste Kontakt - als gewinnbringender betrachtet wurde. Andererseits bestand kein Anspruch auf eine Theorieneubildung, sondern viel mehr das Interesse, an bestehende Theorien anzuknüpfen, weshalb Grounded Theory auch in Anbetracht der Gruppengröße nicht zielführend schien.

Die Interviews wurden als Audio-Dateien aufgezeichnet und anschliessend transkribiert (siehe Anhang, Kapitel 8.5). Um die Transkripte nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) auszuwerten, wurde in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess ein Kategoriensystem auf deduktiver Basis des State of the Art entwickelt. Dafür wurden die folgenden 5 Haupt- und 21 Subkategorien identifiziert und farblich codiert:

Hauptkategorien	Subkategorien
Auftrag	Angebot / Zielgruppe
	Leistungsauftrag allgemein
	Institutionsgrösse
	Obdachlosigkeit UND psychische Gesundheit
	Entwicklung Institution
Wahrnehmung Obdachlosigkeit &	Subjektive Wahrnehmung Wechselwirkung
	Berührungspunkte Obdachlosigkeit & psychische Gesundheit

psychische Gesundheit	Wahrnehmung Situation Basel und Entwicklung
	Strategien Umgang
Formen der Kooperation	Interdisziplinär
	Intradisziplinär
	Fallspezifisch
	Strukturell
	Konzeptualisierung
Bedeutung Kooperation	Stellenwert
	Nutzen / Wirksamkeit für Institution oder Klientel
Handlungsbedarf	Beurteilung bestehende oder fehlende Angebote / Kooperation
	Massnahmen
	Voraussetzungen
	Herausforderungen

Abbildung 5: Übersicht Kodierungen

Alle aufgeführten Subkategorien wurden in einem gemeinsamen Dokument (siehe Anhang, Kapitel 8.6) definiert, sowie Kodierregeln und Ankerbeispiele erläutert.

Die Gruppe hat sich, auf Grund des erhöhten Aufwands ein neues Tool zu erlernen, gegen eine softwaregestützte Auswertung entschieden. Um dennoch einheitliche Kodierungen vorzunehmen, wurde jedes Transkript in einem ersten Schritt gesondert analysiert und codiert. Auf Basis einer selbsterstellten Excel-Vorlage (siehe Anhang, Kapitel 8.7) wurden so für jedes Transkript pro Subkategorie, falls möglich, Paraphrasen und wörtliche Zitate festgehalten. Zudem bestand die Möglichkeit induktive Restkategorien, falls vorhanden, anzuführen.

In einem nächsten Schritt wurden die erstellten Kodierungen zusammengefügt. Der Fokus lag dabei nicht mehr auf einer Analyse der einzelnen Transkripte, sondern vielmehr auf einer systemischen Übersicht der einzelnen Haupt- bzw. Subkategorien (siehe Anhang, Kapitel 8.8). So konnten erste Analysen innerhalb der Subkategorien vollzogen werden und anschliessend erste Zusammenfassungen nach Mayring (2002) erstellt werden. In einem abschliessenden Schritt wurden für jede Hauptkategorie Zusammenfassungen respektive Explikationen, falls vorhanden, inklusive Belegung durch Zitate, erstellt.

Bei der Auswertung der Daten wurde Wert auf eine einheitliche Kodierung gelegt. Zudem wurden die erstellten Analysen und Zusammenfassungen stetig in der Forschungsgruppe ausgehandelt, Interpretationen multiperspektivisch behandelt sowie kenntlich gemacht.

4 Ergebnisse

4.1 Auswertung der Empirie

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Auswertung der Interviews dargestellt. Die Zusammenfassung folgt den gebildeten Hauptkategorien «Wahrnehmung Obdachlosigkeit und psychische Gesundheit», «Formen der Kooperation», «Bedeutung der Kooperation» und «Handlungsbedarf».

Auswertung «Wahrnehmung Obdachlosigkeit und psychische Gesundheit»

Das Fachspital Sune-Egge in Zürich betont nebst dem Zusammenhang zwischen Obdachlosigkeit und psychischer Erkrankung die verstärkte Wechselwirkung beider Phänomene. Aufgrund von Schuld, Scham oder Ausgrenzung kann Obdachlosigkeit zu psychischer Erkrankung führen. Die Traumatisierung der Betroffenen/Nutzer*innen aufgrund der Wechselwirkung wird hervorgehoben:

«Es sind alle von unseren Patientinnen, Patienten traumatisiert. Also wirklich alle. Auf verschiedenen Ebenen, psychisch, körperlich, seelisch, aber es sind alle eigentlich traumatisiert und es braucht einfach Schutz.» (T01, Z. 545-547)

Diese Beurteilung beeinflusst auch die Strategie hinsichtlich des Umgangs mit ihren Patient*innen, zum Beispiel bei einer Eskalation in Form von Gewalttätigkeit. In einem solchen Fall spricht das Fachspital ein «Time-out» aus. Dies bedeutet einen Ausschluss für maximal 6 Stunden. Die Rückkehr in die Einrichtung bleibt jedoch auch bei solchen schwerwiegenden Verstössen möglich. Das zentrale Anliegen des Fachspitals besteht in der Aufrechterhaltung der Vertrauensbeziehung und zielt auf die Wiederaufnahme der Klient*innen: *«(...) weil unser Angebot ist darauf ausgerichtet, dass wir wiederholt jemand hier aufnehmen können, dass wir möglichst hier keine Traumatisierungen über ruppiges Zupacken produzieren, dass wir das Minimum an Vertrauen nicht kaputt machen» (T01, Z. 239-251)*. Solche Extremfälle sind allerdings selten, da eine Eskalation oft bereits durch das interdisziplinäre Team vorausgesehen werden kann.

Auch die Expert*innen aus den Einrichtungen der Obdachlosenhilfe und der Psychiatrie in Basel konstatieren den Zusammenhang und die Wechselwirkung zwischen Obdachlosigkeit und psychischer Erkrankung. Zusätzlich stellen die Expert*innen eine Zunahme von obdachlosen Menschen mit einer psychischen Erkrankung fest. Diese

wird durch die COVID-19-Pandemie verstärkt: *«Aber auch seit dem Covid ist es auch schon spürbar bei Leuten, die vorher schon psychisch angeschlagen waren, dass sich gewisse Sachen verstärken, wie Panik, Ängste, aber auch so Verschwörungsideen in Zusammenhang mit dem Covid. Das merkt man auch.»* (T04, Z. 61-67)

Der Umgang mit den Betroffenen stellt durch die Zunahme der obdachlosen Menschen mit psychischen Auffälligkeiten für die Einrichtungen eine Herausforderung dar. Der Verein für Gassenarbeit Schwarzer Peter versucht, mittels Sensibilisierung der Mitarbeitenden und interner Weiterbildung in Form eines Austausches mit Fachkräften, auf diese Herausforderung zu reagieren. Auf Regelverstöße, die auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen sind, reagieren die Einrichtungen der Obdachlosenhilfe mit Sanktionen in Form von Ausschluss.

Von der UPK wird ausreichende Therapiewilligkeit und Compliance der Patient*innen vorausgesetzt. Sie behält sich vor, Behandlungen von psychisch erkrankten Menschen trotz drohender Obdachlosigkeit abubrechen, wenn sich die Patient*innen nicht an die Regeln halten können, wie beispielsweise Drogen besitzen oder konsumieren. Eine Ausnahme stellt von Obdachlosigkeit betroffene Menschen dar, welche Kinder in ihrer Obhut haben oder schwanger sind. Hier nimmt sich die UPK in Kooperation mit dem Sozialdienst mehr Zeit, um eine passende Anschlusslösung zu finden:

«Patientinnen mit Kindern oder Kind noch an Bord haben oder grad schwanger sind, da haben wir auch schon geeignete Institutionen gesucht und haben uns dann ein bisschen länger Zeit gelassen, dass bedingt aber von unserer Seite quasi ausreichende Compliance und Therapiewilligkeit auch.» (T07, Z. 28-31)

Keines der beiden Phänomene wird von den Einrichtungen der Obdachlosenhilfe als Ursache für das andere genannt. Die Organisationen der Obdachlosenhilfe konstatieren, dass im Vergleich zu früher, psychisch erkrankte Menschen schneller aus der Psychiatrie entlassen werden, da die längeren Aufenthalte von der Krankenkasse oft nicht übernommen werden würden. Aufgrund dessen werden die Menschen, wie eine Einrichtung ausführt, «noch blutig» und ohne Anschlusslösung entlassen. Dies führt zu «einem höheren Problemlevel» in den Einrichtungen (T03, Z. 18-22).

Auswertung «Formen der Kooperation»

Das Fachspital Sune-Egge in Zürich begründet seine Arbeit auf dem bio-psycho-sozialen Behandlungsmodell, welches für deren Umsetzung und die interdisziplinäre Zusammenarbeit benötigt wird. Zur Umsetzung des Behandlungsmodells ist die interdisziplinäre Arbeit zwischen Medizin, Sozialer Arbeit, Pflege und Seelsorge klar strukturiert und konzeptionell verankert. Interdisziplinäre Zusammenarbeit findet im ganzen Spital und innerhalb des gesamten Pfarrer-Sieber Netzwerkes statt und ist durch regelmässig stattfindenden Austausch gekennzeichnet.

Die Kontakt- und Anlaufstelle wird als wichtigster Kooperationspartner ausserhalb des Sozialwerks Pfarrer-Sieber bezeichnet. Die Nennung einer anderen Institution als «Kooperationspartner» lässt darauf schliessen, dass diese als fachlich ebenbürtig angesehen wird und als sehr wichtig eingeschätzt wird. Interkantonale Kooperationen mit anderen Einrichtungen werden nicht erwähnt.

In Basel finden Kooperationen vor allem auf Fallebene, zwischen den Organisationen der Obdachlosenhilfe sowie mit der UPK, meistens «Ad-Hoc» statt. Es scheint keine Konzeptualisierung zu geben. Auslöser für eine Kooperation sind Patient*innen die den «Rahmen sprengen». Entsprechend scheint es, dass auf Fallebene Kooperationen nur in Krisensituationen stattfinden würden. Die UPK bestätigt, dass Kooperationen mit den Organisationen der Obdachlosenhilfe nur bedarfsorientiert, beispielsweise als Anschlusslösung, eingegangen werden.

Interdisziplinäre Teams werden sehr geschätzt und als wichtig empfunden. Es wurde mehrfach betont, wie wichtig es sei, dass die Profession der Pflege im Team sei. Die UPK hat die grösste Durchmischung von einzelnen Disziplinen in ihren Behandlungsteams und zieht bei neuen Patient*innen systematisch den internen Sozialdienst bei.

Es finden regelmässige Austauschtreffen («Runde Tische») der einzelnen Akteur*innen statt. Die Aussagen ergeben bezüglich der Teilnehmenden ein unklares Kooperationsgefüge. Die UPK gibt an, an allen Treffen dabei zu sein, was von den anderen so nicht bestätigt oder gar verneint wird:

«Ich habe jetzt seit 2018 (...) noch nie erlebt, dass irgendwie ein regelmässiger Austausch oder Ähnliches stattfindet, beispielsweise mit der UPK, dass es so standardmässig etwas gäbe. (...) früher habe es das gegeben, dass man regelmässig einen runden Tisch gemacht habe mit der UPK. Aber weshalb das nicht mehr ist und dass man aufgehört hat, das weiss ich nicht genau.» (T04, Z. 35-40)

Dieses widersprüchliche Bild wird verstärkt, durch eine teilweise ambivalente Haltung einzelner Organisationen der Obdachlosenhilfe gegenüber der UPK. So befürworten Einzelne eine klare Trennung der beiden Unterstützungsleistungen, *«Sie sind hier genau nicht Patient, nicht Klient. Es kommt nicht immer wieder jemand auf sie zu der fragt, wie geht es heute? Wie fühlst du dich?» (T02, Z. 41-44).*

«Die Psychiatrie ist nicht [bei kooperativen Austausch] dabei. Für mich stellt sich hier immer die Frage, bringt es wirklich etwas? (...) Viele Gäste wollen, auch wenn sie dies vielleicht von uns ausgesehen nötig hätten, diesen Kontakt nicht haben. Also ich zweifle daran, dass es etwas bringen würde, wenn z.B. Leute aus der Psychiatrie gleich kommen würden, wie die Sozialarbeiter.» (T02, Z. 75-80)

Vereinzelt kooperieren die Organisationen der Obdachlosenhilfe auf struktureller Ebene bei Weiterbildungen. Zudem ist das Elim bestrebt, regelmässige Fallbesprechungen mit einer externen psychiatrischen Fachperson abzuhalten.

Der Sozialdienst der Notschlafstellen äussert, dass sie keine standardisierte bzw. konzeptionelle Kooperationen mit anderen Professionen eingeht, weder mit Fachpersonen aus der Psychiatrie oder der Pflege. Es ist nicht auszuschliessen, dass diese fehlende Kooperation einen Einfluss auf die tägliche Arbeit hat, der gerade in Bezug auf psychische Erkrankungen von der Expertin als schwierig beschrieben wird:

«Das sehe ich hier als Hauptthema, dass man oft überhaupt nicht weiss, was ist überhaupt. Man stellt dann selber einen Verdacht oder man merkt, uuh irgendetwas ist nicht gut, aber ich meine, ich bin keine Psychiaterin. Es ist dann total schwierig.» (T04, Z. 26-29)

Auswertung «Bedeutung der Kooperation»

Den Stellenwert der Kooperation beschreibt die leitende Ärztin des Sunne-Egge folgendermassen:

«Der Arzt kann noch so gut sein, wenn der Pflegedienst es nicht schafft, die Person im Haus zu halten und zu schauen, dass es mit den anderen geht und nicht alles explodiert. Und ja, von dort her kann es eigentlich niemand alleine. Wir sind angewiesen auf diese Zusammenarbeit.» (T1, Z. 274-279)

Es wird deutlich, dass gute Kooperation nicht nur Wunschdenken aus der Führungsebene ist, sondern von allen Ebenen der Mitarbeitenden getragen wird. Das frühere angespannte Verhältnis mit der SIP Zürich konnte, unter anderem mit unkompliziertem Vorgehen bei der Aufnahme von Patient*innen, entspannt werden. Weiterhin hält die leitende Ärztin fest, dass nicht nur die interorganisationale Kooperation, sondern auch die interdisziplinäre Kooperation eine permanente Aufbauarbeit und Pflege sei, da bei Personalwechsel häufig wieder bei Null angefangen werden muss: *«Ja, absolut. Und immer wieder fängt man dann doch wieder bei null an.» (T1, Z. 421)*

Den Nutzen bzw. die Wirksamkeit von Kooperation sieht das Fachspital in seinem angebotenen, ganzheitlichen Ansatz und in der „Unkündbarkeit“ des Angebotes. Durch Kooperation zwischen dem Sozialdienst und dem ZAV (zentrale Abklärungs- und Vermittlungsstelle der Stadt Zürich) kann eine Finanzierung des Aufenthalts im Fachspital und eine Einbindung ins Sozialsystem auch für Menschen ohne Obdach, die ihren Lebensmittelpunkt in Zürich haben, erreicht werden. Eine weitere Wirksamkeit für Patient*innen sieht das Fachspital darin, dass aufgrund der ganzheitlichen Behandlung ein Versuch initiiert wird, eine Wohn- und Lebenssituation zu vermitteln, die nicht zu einer radikalen Verschlechterung der Situation führt. Zur Bildung des enorm wichtigen Vertrauensverhältnisses und als eine von deren Voraussetzungen beschreibt das Fachspital die aufsuchende Arbeit der Ärzt*innen:

«Also die kommen ja selten zu uns, muss man sagen. Also wir gehen hin. Wir suchen die Anlaufstellen, die Gassencafés, etc. auf und machen Visiten, das heisst unsere Assistenzärzte sind ganz fleissig, gehen dann jede Woche mal für eine Stunde in ein Gassencafé, setzen sich dahin. Die Leute sehen sie, gucken vielleicht zu Beginn etwas misstrauisch. Irgendwann kommen sie und sagen, ich hab da Schmerzen im Bein und dann darüber findet man dann so ein bisschen Kontakt.» (T1, Z. 194-200)

Der Stellenwert der Kooperation wird nicht nur in Zürich, sondern auch von allen Befragten in Basel als hoch eingestuft und als wichtig erachtet. Kooperation wird als Mittel zur Effizienz beschrieben. Dies wird unter anderem auch damit verdeutlicht, dass Kooperation an einen Bedarf geknüpft wird, wie das Tageshaus für Obdachlose konstatiert. Dabei spielt es vordergründig keine Rolle, ob von inter- oder intradisziplinärer Kooperation gesprochen wird. Beides wird als sehr wichtig empfunden. Der Sozialdienst der UPK merkt an, dass Kooperation als Grundlage für Vernetzung der Organisationen und Personen untereinander genutzt wird. Als ein Hauptnutzen der inter- und intradisziplinären Kooperation kann die Arbeit, welche das Vertrauen der Klient*innen fördert, bezeichnet werden. Weitere Nutzen sind die Chance auf effiziente Schadensminderung und das Erschaffen langfristiger stabiler Situationen, welche der Obdachlosigkeit entgegenwirken sollen. Das Tageshaus für Obdachlose allerdings stellt speziell die Kooperation mit der Psychiatrie in Frage, da die Klient*innen, welche das Angebot dieser Organisation nutzen, nicht mit psychischer Erkrankung in Verbindung gebracht werden wollen und ein aufsuchendes Angebot seitens der Psychiatrie nicht in Anspruch genommen haben. An dieser Stelle kann vermutet werden, dass es eben nun doch einen Unterschied gibt betreffend der Wahrnehmung einer Dienstleistung und dem eigenen Verständnis, Adressat*in einer Dienstleistung zu sein. Das Fachspital Sune-Egge stellt, entgegen der Charakteristik eines Spitals, aufsuchende Dienstleistungen zur Verfügung, d.h. sie sind in den typischen Einrichtungen unterwegs und machen auf ihr Angebot aufmerksam. Entgegen dazu beschreibt eine Institution in Basel, dass es feste Zeiten gibt, an den Ärzt*innen oder Pflegefachpersonen die Organisationen der Obdachlosenhilfe aufsuchen, d.h. dass der Kontakt terminiert wird. Dies kann schon als Konsiliardienst beschrieben werden. Dies könnte der Unterschied sein, dass sich die Adressat*innen anders wahrnehmen und entsprechend Dienstleistungsangebote ablehnen.

Der Sozialdienst der UPK beschreibt die interdisziplinäre Kooperation als wichtiges Element, weil dadurch die soziale Problematik und das Krankheitsbild von verschiedenen Dimensionen ganzheitlich «beleuchtet» werden kann; das Elim gibt an, ohne diese Kooperation gar nicht bestehen zu können.

Auswertung «Handlungsbedarf»

Das Fachspital Sune-Egge beschreibt sich als einzigartig in der Schweiz, weil es der Klientel in ihrem Spital einen geschützten Ort bietet, wo sich die Menschen nicht schämen müssen, weil sie sich unter ihresgleichen befinden. Dem Klientel wird auf Augenhöhe begegnet und diese würden vom gesamten Personal ernst genommen. Dies sei nur dank genügend Zeit und Personal, das einen Zugang zu den obdachlosen Menschen finden würde, möglich. Beim Sune-Egge ist man der Ansicht, dass ein herkömmliches Spital mit den gängigen Abläufen im Umgang mit von Obdachlosigkeit betroffenen und psychisch kranken Menschen überfordert sei. Die nötige Zeit für Gespräche auf Augenhöhe, das Verständnis und die sozialen Kompetenzen im Umgang mit obdachlosen Menschen sei nicht vorhanden. Um ein neues Fachspital in einer anderen Stadt zu errichten, brauche es die nötigen finanziellen Mittel und eine gute Vernetzung mit den Spitälern in der Region. Eine weitere Schwierigkeit zeige sich in der Tatsache, dass nur wenige Ärzt*innen sich vorstellen können, mit dieser speziellen Klientel zu arbeiten.

Auch das Tageshaus für Obdachlose sieht das Spitalpersonal in der Notaufnahme als wenig fachlich qualifiziert im Umgang mit obdachlosen Menschen an. Der Verein für Gassenarbeit Schwarzer Peter erwähnt ebenfalls die Tatsache, dass Menschen ohne Obdach aufgrund fehlender Krankenkassen zu früh aus den psychiatrischen Einrichtungen und ohne Anschlusslösung entlassen werden.

Sowohl die UPK wie auch die meisten Einrichtungen der Obdachlosenhilfe sind sich einig, dass es in der Stadt Basel an einer tragfähigen Institution fehlt, die in der Lage ist, obdachlose Menschen aufzunehmen, die aufgrund ihres untragbaren Verhaltens in der Vergangenheit aus anderen Wohneinrichtungen ausgeschlossen wurden. Einzig das Tageshaus für Obdachlose vertritt die Auffassung, dass die bestehenden Angebote den Bedarf für obdachlose Menschen abdecken. Der Arzt der UPK stellt sich eine niederschwellige Einrichtung mit 10-15 Betten vor, die dank eines interdisziplinär zusammengesetzten Teams mit Ärzten*innen und Pflegenden in der Lage sein würde, an Bewohner*innen mit einer Suchthematik auch saubere Drogen, wie z.B. Kokain, abzugeben. Als wichtig wird erachtet, dass gerade auch Menschen ohne Krankenversicherung oder gültigen Aufenthaltsstatus Zugang zu diesem Angebot hätten. Eine

kantonale Finanzierung von Konsiliardiensten durch Psychiater*innen wird als mögliche Lösung vorgeschlagen.

Wir sind in unserem Forschungsbericht auch der Frage nachgegangen, wie sich Einrichtungen der Obdachlosenhilfe und die Psychiatrie bezüglich aufsuchender psychiatrischer Arbeit vor Ort als Angebot positionieren.

Ein aufsuchendes Angebot im Sinne eines Street Psychiatric Programs wird von den Einrichtungen der Obdachlosenhilfe als interessant angesehen, der Bedarf in der Stadt Basel aber kritisch hinterfragt. Obdachlose Menschen mit einer Suchtthematik würden bei den beiden Kontakt- und Anlaufstellen Zugang zu medizinischer Versorgung erhalten. Darum würde ein Street Psychiatric Program eine Überversorgung für die Stadt Basel bedeuten. Ein Teil der Einrichtungen der Obdachlosenhilfe finden aber die Idee interessant, ein Gesprächsangebot als niederschwelliges und freiwilliges Beziehungsangebot durch eine psychiatrisch ausgebildete Fachperson vor Ort einzurichten. Die von Obdachlosigkeit betroffenen Menschen würden so am ehesten die Hemmschwelle überwinden, ein Gespräch zu einer Person aus dem Bereich der Psychiatrie zu führen. Das Elim ist der Meinung, dass die fachliche Qualifizierung einer aufsuchenden Person weniger entscheidend ist, sondern vielmehr, ob jemand in der Lage ist, die komplette Lebenssituation zu erfassen, in der sich die Betroffenen befinden, um einen Zugang zu obdachlosen Menschen zu finden. Entscheidend sei auch, ob eine gut funktionierende Vernetzung mit diversen Institutionen vorhanden ist, um eine Vermittlung an geeignete Stellen zu erwirken. Seitens der Notschlafstelle wird der Vorschlag gemacht, dass zum Beispiel ein mobiles Team in den verschiedenen Institutionen rotierend einmal wöchentlich vor Ort sein könnte, um obdachlose Menschen medizinisch zu versorgen. Ein ähnliches Angebot wäre auch mit aufsuchendem psychiatrischem Personal vorstellbar. Einzig der Arzt des UPK sieht die Psychiatrie nicht in der Verantwortung, aufsuchende Gassenarbeit im Auftrag der UPK durchzuführen.

4.2 Beantwortung der Fragestellung

Folgend werden die in Kapitel 2.7 ausgeführten Unterfragestellungen beantwortet, um abschliessend die Hauptfragestellung zu erörtern.

Zur Frage wie die **Organisationen der Obdachlosenhilfe und der Psychiatrie in der Stadt Basel Obdachlosigkeit und Gesundheit wahrnehmen**, zeigt die Auswertung der Interviews mit den Expert*innen, dass von allen eine Zunahme von obdachlosen Menschen mit einer psychischen Erkrankung wahrgenommen wird. In der Pandemie ist eine Verstärkung von Angstzuständen dieser Personen festzustellen. Die Zunahme der psychisch erkrankten obdachlosen Menschen wird insbesondere damit begründet, dass die Psychiatrien die Betroffenen früher aus den Kliniken entlassen, weil längere Klinikaufenthalte von den Krankenkassen oft nicht bezahlt werden. Auch in der aktuellen Fachdiskussion wird die Entlassungspraxis von psychisch erkrankten Menschen, die von Obdachlosigkeit betroffen sind, kritisiert (vgl. Lauber et al. 2005: 141).

Die Zunahme an Betroffenen mit einer psychischen Erkrankung stellen die Expert*innen der Einrichtungen vor viele Herausforderungen. Eine davon ist, wie sie mit psychisch erkrankten Menschen, die sich nicht an die Hausregeln halten können, umgehen sollen.

Obwohl sie eine Zunahme von psychisch erkrankten obdachlosen Menschen erkennen, gibt es kaum Interventionen oder Handlungsmethoden, die der wachsenden Zahl Betroffener zugutekommen. Im Gegenteil: die Einrichtungen reagieren mit Ausschluss und Sanktionen, ohne ihnen eine alternative Lösung anzubieten. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, weshalb die Einrichtungen kaum Aussagen dazu machen, ob Menschen aufgrund psychischer Erkrankungen obdachlos werden, oder ob obdachlose Menschen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit haben, psychisch zu erkranken. Es scheint, als sei dies für den Umgang und die Arbeit mit den Klient*innen nicht relevant. Von einem Experten (Tageshaus für Obdachlose) wird auch betont, dass die Nutzen den als Gäste und nicht als Klient*innen betrachtet werden:

«Das sind genau die Leute, die das hier geniessen. Sie sind hier genau nicht Patient, nicht Klient. Es kommt nicht immer wieder jemand auf sie zu, der fragt, wie geht es heute? wie fühlst du dich? etc. Sondern sie können kommen, wenn sie das wollen und wir haben hier sicher eine breitere Toleranz, wie sich Gäste hier benehmen dürfen. Aber es hat auch ein Art Limit. Das Limit ist dann, wenn man andere Gäste stört, dann muss man gehen.» (T02, Z. 41-46)

Der Ausdruck Gäste impliziert eine andere Rolle der Professionellen. Gäste, wie in einem Restaurant, agieren autonom, was durchaus begrüßenswert ist. Andererseits führt dies dazu, dass die Klientel angehalten ist, Unterstützung und Beratung aktiv einzufordern. Diese Herangehensweise ermöglicht einen ressourcenorientierten Umgang mit den Klient*innen, der auf Freiwilligkeit basiert.

Ein Experte aus der Befragung bestätigt neben einem Zusammenhang eine Wechselwirkung zwischen psychischer Gesundheit und Obdachlosigkeit. Er bestätigt, dass sich Obdachlosigkeit auf die psychische Gesundheit auswirkt und mit zunehmenden Jahren psychische Probleme auslöst wie auch, dass Menschen, die psychische Probleme haben, ihre Wohnungen verlieren. Dass sich die Psychiatrie bei schwangeren Personen und Personen mit Kindern in ihrer Obhut auch bei Regelverstößen länger Zeit nimmt, um passende Lösungen zu finden, zeigt auf, dass grundsätzlich eine Lösungsfindung möglich ist, wenn sich Fachpersonen mehr Zeit nehmen. Es stellt sich die Frage, weshalb nicht mit allen obdachlosen Menschen passende Lösungen gefunden werden können, auch wenn sie in den Psychiatrien nicht mehr tragbar sind.

Der verfrühte Austritt aus der Psychiatrie wird nicht nur als problematisch wahrgenommen. Die Aussage des Experten des Tageshauses für Obdachlose, der die frühen Entlassungen der Betroffenen auf eine positive Weise darstellt, indem er sich in der zunehmenden Sichtbarkeit-Machung der Betroffenen eine Veränderung in der Gesellschaft erhofft, irritiert und wirkt provokativ:

«Grundsätzlich finde ich das eine gute Entwicklung, weil die Gesellschaft es ruhig auch merken darf, dass es Leute gibt, die anders funktionieren.» (T02, Z. 151-152)

Der Experte will vermutlich darauf hinweisen, dass obdachlose Menschen als "Normabweichler*innen" von der Bevölkerung nicht gerne im öffentlichen Raum gesehen werden. Denn das Sich-unsichtbar-Machen obdachloser Menschen hat Konsequenzen auf der politischen Ebene. Der zahlenmässige Umfang der obdachlosen Menschen wirkt dadurch geringer, als er tatsächlich ist, und der Handlungsdruck auf die Kantone bleibt gering (vgl. Wolf 2016: 9f.).

Die Unterfragestellung welche Kooperationen es in der Stadt Basel zwischen den Einrichtungen der Obdachlosenhilfe und der Psychiatrie gibt und wie sich diese

gestalten, lässt sich wie folgt beantworten: Die Datenauswertung zeigt, dass Kooperationen zwischen den Einrichtungen stattfinden, jedoch auf den individuellen Einzel- und Bedarfsfall ausgerichtet sind. Von Seiten der Obdachlosenhilfe werden Kooperationen mit der Psychiatrie vor allem in Krisensituationen relevant. Die Expert*innen initiieren diese, wenn nötig, sie sind allerdings nicht auf organisationaler Ebene konzeptualisiert, wie das Beispiel der Expertin des Sozialdienstes der Notschlafstellen verdeutlicht:

«Dort habe ich dann aktiv am nächsten Tag in der UPK angerufen und habe so dann den Kontakt gesucht, wie dass wir miteinander eine Lösung finden.» (T04, Z. 49-51)

Dass auf Seiten der obdachlosen Menschen der Kontakt zur Psychiatrie häufig nur bei einer Zustandsverschlechterung und oft unfreiwillig erfolgt, ist Teil der Ergebnisse einer Studie in Zürich von Briner et al. (2017: 340). Eine Erklärung, warum die Einrichtungen der Obdachlosenhilfe erst zu einem späten Zeitpunkt die Kooperation mit der Psychiatrie initiieren und diese nicht über die Einzelfallebene hinausgeht, könnte sein, dass Kooperation aus Sicht der Einrichtungen bisher nicht als etwas Lohnenswertes für eine bessere Problemlösung betrachtet wird.

Als eine Form der interorganisationalen Zusammenarbeit (vgl. Merten et al. 2019: 28f.) können die in Basel regelmässig stattfindenden Austauschtreffen der einzelnen Akteur*innen («Runde Tische») bezeichnet werden. Diese beinhalten die gegenstandsbezogene Koordination zur Optimierung und Entwicklung von Versorgungsleistungen für das Klientel. Durch dieses institutionalisierte Treffen, welches Kontinuität aufweist, kann ein Wissensaustausch gewährleistet werden und es ermöglicht, dass sich die Akteur*innen persönlich und hinsichtlich ihres Arbeitsauftrages kennen. Allerdings findet dieses Austauschtreffen scheinbar ohne Teilnahme der Psychiatrie statt. Da die genaue inhaltliche Ausrichtung des Austauschtreffens nicht bekannt ist, bleibt die Frage ausstehend, wie wichtig die Teilnahme der Psychiatrie ist. Wenn sich das Austauschtreffen inhaltlich rund um das Phänomen Obdachlosigkeit und psychische Erkrankung bewegt, ist der Einbezug der Psychiatrie unverzichtbar. Nicht nur als Akteurin, die einen substanziellen Lösungsbeitrag leisten könnte, sondern auch für die Förderung des sich gegenseitigen Kennens, sowohl auf der persönlichen Ebene wie auch bezüglich der unterschiedlichen Aufträge, Rollen, Arbeitsweisen und Grenzen (vgl. Merten et al. 2019: 32).

Während die Psychiatrie in Basel über eine breite Durchmischung von einzelnen Disziplinen verfügt und beispielsweise den internen Sozialdienst bei der Behandlung von obdachlosen Menschen mit psychischer Erkrankung systematisch einbezieht, sind nicht alle befragten Einrichtungen der Obdachlosenhilfe interdisziplinär zusammengesetzt. Dass interdisziplinäre Kooperation auch in den anderen Einrichtungen ohne interdisziplinäre Teams als wichtig erachtet wird, zeigt das Beispiel einer Expertin, welche ihren Bedarf nach Austausch mit einer psychiatrischen Fachperson durch Eigeninitiative deckt.

Zur Frage **welche Bedeutung interdisziplinäre Kooperationen für die Einrichtungen der Obdachlosenhilfe und der Psychiatrie haben**, haben sich unterschiedliche Meinungen der befragten Personen ergeben. Die Auswertung der Datenanalyse hat ergeben, dass die Kooperation zwischen verschiedenen Disziplinen bei der Unterstützung von Menschen, die von Obdachlosigkeit betroffen und psychisch erkrankt sind, bei der Mehrheit der Organisationen der Obdachlosenhilfe einen hohen Stellenwert einnimmt. Mehrere Einrichtungen geben an, dass die Versorgung von obdachlosen Menschen mit ihren komplexen Problemlagen ohne ein Zusammenwirken von Fachpersonen der Sozialen Arbeit, Medizin und Psychiatrie gar nicht zu bewältigen sei. Es brauche jeweils die Einschätzung der anderen Disziplinen, gerade in Krisensituationen.

Diese Haltung deckt sich mit der Überzeugung der Wichtigkeit von Kooperationen zwischen verschiedenen Ämtern und Institutionen, wie es das Kölner Kooperationsmodell beschreibt: Eine wirkungsvolle Obdachlosenhilfe für psychisch kranke Menschen kann nur wirkungsvoll verbessert werden, wenn die verschiedenen beteiligten Institutionen kooperieren (vgl. Nouvertné et al. 2002: 147). Andere Einrichtungen wie das Tageshaus für Obdachlose und die Notschlafstelle erachten die Zusammenarbeit mit der Psychiatrie als weniger wichtig in ihrem Arbeitsalltag.

Die erwähnten Kooperationen in Basel bringen auch Herausforderungen und einen gewissen Handlungsbedarf mit. Die Unterfragestellung **wie die Herausforderungen und der Handlungsbedarf für diese Kooperationen in der Stadt Basel aussehen** lässt sich wie folgt beantworten: Die Organisationen beschreiben den Umgang mit ob-

dachlosen Menschen mit einer psychischen Erkrankung grundsätzlich als herausfordernd. Dies ist einerseits bedingt durch die hohe Anzahl an Doppeldiagnosen (siehe Kapitel 2.2), geringes Fachwissen über die Erkrankungen und andererseits durch Ressourcenmangel bei den Institutionen.

Als weitere Herausforderung für die Organisationen, und teilweise als Belastung für die Kooperation, heben sich so genannte «blutige Entlassungen» hervor. Wenn Menschen mit einer psychischen Erkrankung aus der Psychiatrie in die Obdachlosigkeit entlassen werden, beispielsweise aufgrund fehlender Krankenkasse oder delinquentem Verhalten, belasten sie die Organisationen der Obdachlosenhilfe, welche den komplexen Problemlagen nicht gerecht werden können. Dies führt zu dem in Kapitel 2.2 benannten Dreh-Türen-Effekt.

Als ein Handlungsbedarf für die Stadt Basel zeigt sich das Errichten einer tragfähigen Institution, um der aktuellen Entlassungspraxis entgegenzuwirken. Wichtig dabei ist ein niederschwelliger Zugang, auch für Personen ohne geregelten Aufenthaltsstatus oder ohne Krankenkasse. Zusätzlich braucht es nach van Kardoff (1998: 210) eine Koordination der verschiedenen Disziplinen (Sozialarbeitende, Psychiatrie- und Pflegefachpersonen), um eine zielorientierte und gleichwertige Arbeitsteilung im Sinne der Professionalität zu erreichen. Dies deckt sich ebenfalls mit der Studie von Morandi et al. (2017), in der sich eine Kombination von aufsuchender medizinischer, psychiatrischer und sozialarbeiterischer Arbeit als effektiv zeigt.

Abschliessend bleibt festzuhalten, dass der Handlungsbedarf für die vorhandenen Kooperationen zwischen der Psychiatrie und der Obdachlosenhilfe vor allem im Konzeptualisieren sowie im regelmässigeren Austausch liegt. In einem ersten Schritt sollten die bestehenden Kooperationsverbünde (Runde Tische) ausgebaut werden, so dass alle Akteur*innen in der Stadt Basel daran teilhaben. Angelehnt an Santen und Seckinger (2003: 29), könnte dies zu einer «Optimierung der Handlungsabläufe oder (...) Erhöhung der Handlungsfähigkeit bzw. Problemlösungskompetenz (...)» führen. Inwiefern ein Einbezug einer weiteren Disziplin in den Institutionsalltag respektive das Errichten einer neuen Institution umsetzbar wäre ist eine Ressourcenfrage und hier nicht abschliessend klärbar.

Die Hauptfragestellung **«Wie gestaltet sich die interdisziplinäre Kooperation zwischen Einrichtungen der Psychiatrie und der Obdachlosenhilfe im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen, die in der Stadt Basel von Obdachlosigkeit betroffen sind?»** lässt sich auf Grund der dargelegten Erkenntnisse wie folgt beantworten:

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Einrichtungen ist auf unterschiedlichen Ebenen unterschiedlich stark ausgeprägt. Auf Team-Ebene haben die Organisationen teilweise interdisziplinäre Teams, was von diesen Einrichtungen als eine Bereicherung und wichtig angesehen wird. Der Austausch innerhalb der Teams scheint zu funktionieren, und es kann durch den interdisziplinären Austausch adäquat auf Situationen reagiert werden. Anders sieht es aus, was den interdisziplinären Austausch zwischen den Organisationen anbelangt. Dieser ist nur teilweise ausgestaltet und zeigt sich in regelmässigen Austausch-Sitzungen, bei denen über allgemeine Themen gesprochen wird.

Auf Fallebene findet der Austausch in Krisen- und Akutsituationen statt und wirkt nach den Auswertungen der Interviews ad-hoc und wenig konzeptualisiert. Unter Berücksichtigung von der Kooperationsdefinition von van Santen und Seckinger, ist nur eine beschränkt intendierte Zusammenarbeit zwischen den Institutionen feststellbar. Es fehlt eine gemeinsame Abstimmung in Bezug auf Ziele auf der Fallebene und eine damit einhergehende Optimierung von Handlungsabläufen, die eine Erhöhung der Problemlösungskompetenz anstreben würde (vgl. van Santen/Seckinger 2003: 29).

Obwohl von den Einrichtungen eine Zunahme von obdachlosen Menschen mit psychischer Erkrankung festgestellt wird, gibt es kaum Ansätze oder Interventionen, die dem entgegenwirken würden. Weiterbildungen der Mitarbeitenden zweier Organisationen bilden eine Ausnahme.

Es ist festzustellen, dass psychische Instabilität oftmals mit einem Ausschluss aus der Organisation sanktioniert wird. Betroffene Menschen werden so von Organisation zu Organisation weitergereicht, ohne dass es zu einer Verbesserung ihrer Situation kommen würde. Wie auch die Fachliteratur zeigt (siehe Kapitel 2.3), fällt bei der Befragung auf, dass keine eigentliche Ursache für das Phänomen der psychischen Erkrankung

von obdachlosen Menschen durch die Expert*innen benannt werden kann. Die Gefahr besteht, dass die Komplexität der Situationen im Einzelfall dazu führt, dass das Phänomen aufgesplittet wird, dass also Obdachlosigkeit und psychische Gesundheit getrennt voneinander angesehen werden. Dies kann dazu führen, dass die einzelne Organisation sich nicht mehr zuständig fühlt, weil der Mensch zum Beispiel vor allem psychisch krank ist (und deshalb die UPK zuständig ist) oder umgekehrt, vor allem eine Wohnung braucht (und deshalb die UPK nicht mehr zuständig ist). Durch die Fokussierung der Angebote der Institutionen auf einen Teilbereich (Psychische Gesundheit oder Obdachlosigkeit) kann nur Schadensminderung und Notfallverpflegung betrieben werden und eine präventive Intervention wird erschwert.

Trotz der von den Expert*innen wahrgenommenen Zunahme und den Schwierigkeiten im Praxisalltag scheint keine Dringlichkeit für die Organisationen der Obdachlosenhilfe in einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit der UPK zu bestehen. In den Gesprächen zeigte sich, dass die Organisationen der Obdachlosenhilfe untereinander einen Austausch pflegen, der Austausch mit der UPK aber weniger institutionalisiert ist. Die Einstellung der Organisationen der Obdachlosenhilfe zur UPK kann als ambivalent beschrieben werden. Die Zusammenarbeit wird einerseits häufig in Krisen- und Akutsituationen eingefädelt und allgemein als wichtig beschrieben, andererseits wird auf verschiedenen Ebenen Kritik geäußert, wie zum Beispiel die zu schnelle Entlassung der Klientel und die oftmals fehlende Erfahrung im Umgang mit dieser Klientel. Dass nur in Akutsituationen die Zusammenarbeit mit der UPK gesucht wird, kann jedoch auch dazu führen, dass nur schwere Fälle in die Psychiatrie kommen, bei denen die Heilungschancen geringer sind. Eppel und Hamer (1997: 182) beschreiben, dass die Grundlage der Kooperation unter anderem auf der Gleichwertigkeit der einzelnen Akteur*innen liegt. Nur eine Kooperation, die als gleichwertige Beziehung gestaltet wird, führe zu bedeutsamen Veränderungen in der Praxis. Es stellt sich die weitergehende Frage, ob die Organisationen der Obdachlosenhilfe die Kooperation mit der UPK nicht in allen Ebenen als gleichwertig erleben und dies ein Grund sein könnte, weshalb die Kooperation zwischen der UPK und den Organisationen der Obdachlosenhilfe in Basel wenig ausgeprägt ist.

Einen anderen Weg geht die Stadt Zürich mit dem Fachspital Sune-Egge, das in dieser Forschungsarbeit als Referenzpunkt einbezogen wurde. Das Fachspital hat einen exkludierenden Ansatz gewählt, in dem betroffene Menschen von der Regelversorgung in den Spitälern getrennt werden. Die Interdisziplinarität ist in der Sune-Egge sehr hoch, da verschiedene Fachrichtungen in dieser spezialisierten Institution arbeiten. Das Fachspital Sune-Egge legt grossen Wert auf Beziehungsarbeit und auf den Vertrauensaufbau, um diagnostizierte Traumatisierungen möglichst zu verhindern. Das bio-psycho-soziale Behandlungsmodell widerspiegelt seine Positionierung. Eine konzeptualisierte Kooperation mit anderen Organisationen ist vorhanden, jedoch weniger notwendig als bei den Organisationen in Basel, da durch die Organisationsgrösse und die interdisziplinäre Zusammenstellung des Teams vieles abgedeckt werden kann.

5 Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Praxis

Sowohl nationale wie internationale Studien haben belegt, dass im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein überproportionaler Anteil der von Obdachlosigkeit betroffenen Menschen psychische Erkrankungen aufweist. Auch die Interviews mit den Expert*innen in Basel und Zürich bestätigen eine Wechselwirkung zwischen Obdachlosigkeit und psychischer Gesundheit. Dabei bleibt unklar, ob das Leben auf der Strasse als auslösender Faktor für psychische Erkrankungen angesehen werden kann oder psychische Erkrankungen zu Obdachlosigkeit geführt haben. Die Interviewpartner*innen sehen eine gegenseitig negative Beeinflussung der beiden Faktoren. Die Autor*innen kritisieren, dass trotz dieser Erkenntnis, keine wirksamen Angebote für diese Klientel in der Stadt Basel existieren. Eventuell kann das Unwissen über die Ursache psychischer Erkrankungen und Obdachlosigkeit dazu führen, dass die Dringlichkeit die Menschen von der Strasse zu holen abgeschwächt wird und als nicht zwingende Notwendigkeit erachtet wird. Betrachtet man Obdachlosigkeit als Trauma, wie dies ein Experte vom Fachspital Sune-Egge geäußert hat, wäre dies eine direkte Aufforderung, die Obdachlosigkeit zu beenden. Auch in der, von den Gesundheitsminister*innen der WHO unterschriebenen europäischen Erklärung zur psychischen Gesundheit, wurde festgehalten, dass die Rehabilitation und gesellschaftliche Integration von allen Menschen, die schwere gesundheitliche Probleme durchlebt haben, prioritär zu behandeln ist.

Die im Forschungsstand vorgestellten Modelle Street Psychiatric Program, das Kölner Kooperationsmodell und die mobile Ambulanz im Landkreis Konstanz zeigen, dass die Interdisziplinarität der Angestellten und eine gelingende konzeptualisierte Kooperation mit verschiedenen Organisationen im Umgang mit Menschen, die von Obdachlosigkeit und psychischer Erkrankung betroffen sind, eine grosse Bedeutung zukommen. Ein festes interdisziplinäres Team und eine Kontinuität in der aufsuchenden Arbeit schaffen Vertrauen und wirken unterstützend im Beziehungsaufbau mit den Betroffenen. Auf diese Weise gelingt die Durchbrechung des Kreislaufes zwischen wiederholtem Klinikaufenthalt und der Obdachlosigkeit (vgl. Nouvertné et al. 2002: 150). Mehrere nationale und internationale Studien bekräftigen die Notwendigkeit eines interdisziplinären Teams aus Ärzt*innen, Pflegepersonal und Sozialarbeitenden in einer Klinik, wie dies z.B. das Fachspital Sune-Egge in Zürich handhabt. Die bestehenden Einrichtungen in der Obdachlosenhilfe und die Psychiatrie in der Stadt Basel haben keine Angebote, die diesen Anforderungen entsprechen und sich spezifisch auf die obdachlosen

Menschen mit psychischen Auffälligkeiten richten. Im Gegensatz zum Fachspital in Zürich, wo Patient*innen eine Bezugsperson haben, wechseln die Bezugspersonen (Assistenzärzt*innen) in der Psychiatrie in Basel, weil Betroffene immer wieder neu in die Klinik eintreten. Auf diese Weise müssen sie ihre Geschichten jedes Mal neu erzählen, was den Vertrauensaufbau zwischen dem Klinikpersonal und den Patient*innen nicht fördert.

Die Auswertung der Interviews mit Expert*innen der Basler Obdachlosenhilfe und der Psychiatrie zeigt, dass die dort Tätigen von ihren Nutzenden die Compliance verlangen, damit sie ihre Angebote überhaupt nutzen können. Damit ist ihre Bereitschaft und Therapiewilligkeit gemeint, um sich auf eine Beratung oder Begleitung einzulassen. Die Expert*innen verlangen von den Nutzenden Compliance, führen aber nicht aus, wie sie obdachlose Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu einer Mitarbeit motivieren können. Um die Compliance von den Nutzenden zu gewinnen, müssen für sie Perspektiven aufgezeigt werden, wofür es sich lohnt mitzuarbeiten (vgl. Masanz 2017: 11). Dass die Basler Expert*innen im Umgang mit dieser Gruppe überfordert sind, zeigt sich darin, wie sie mit Nutzenden umgehen, die sich nicht an die Hausregeln halten können: sie werden grundsätzlich ausgeschlossen und sich selbst überlassen. Gleichzeitig erkennen alle Expert*innen eine Zunahme psychisch auffälliger obdachloser Menschen und die meisten erkennen hier einen Bedarf an mehr Austausch und Ausbau von Angeboten. Nur vereinzelt werden im Bereich der Obdachlosigkeit und psychischen Gesundheit Interventionen in Form von Weiterbildungen oder regelmäßigen Fachaustauschen durchgeführt. Bezüglich des professionellen Umgangs mit Menschen, die von Obdachlosigkeit und psychischer Erkrankung betroffen sind, holen sich einzelne Institutionen der Obdachlosenhilfe Fachwissen von externen Institutionen wie der UPK ein, um die eigenen Mitarbeitenden zu schulen.

Konzeptualisierte Kooperationsformen, wie oben beschrieben, zwischen der Psychiatrie und der Basler Obdachlosenhilfe gibt es nur vereinzelt, wie zum Beispiel bei Schnittstellen wie Ein- und Austritten in Institutionen. Kooperationen finden vor allem auch in Krisensituationen oder bei der Suche nach Anschlusslösungen statt. Diese Zusammenarbeit wird von der Psychiatrie wie auch von der Obdachlosenhilfe als gut wahrgenommen. Regelmässigen interdisziplinären Austausch pflegen einzelne Basler Institutionen der Obdachlosenhilfe mit Konsiliarärzt*innen und Pflegefachpersonen.

Einige Organisationen in der Obdachlosenhilfe haben neben Sozialarbeitenden auch Personen aus der Psychiatriepflege angestellt. In der Psychiatrie sind verschiedene Disziplinen in einem Behandlungsteam vertreten, bei neuen Patient*innen wird zudem der interne Sozialdienst miteinbezogen. Organisationsübergreifende Kooperationen sind aber nur wenig vorhanden. Es scheint, als ob die Basler Obdachlosenhilfe wie auch die Psychiatrie bis jetzt keine gemeinsamen langfristigen Strategien gegen die Zunahme der psychisch erkrankten obdachlosen Menschen entwickelt haben.

Für eine funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit muss eine Gleichwertigkeit der Organisationen gegeben sein (vgl. Eppel/Hamer 1997: 182). Es stellt sich die Frage, ob im Alltag eine Zusammenarbeit zwischen der Psychiatrie und der Obdachlosenhilfe auf Augenhöhe stattfindet. Die gegenseitige Anerkennung und Nutzung von Expert*innenwissen stellt eine grundlegende Voraussetzung dar für eine gelingende, wirkungsvolle interdisziplinäre Zusammenarbeit. In einigen Einrichtungen der Basler Obdachlosenhilfe sind Bemühungen und Ansätze in diese Richtung in Planung oder bereits umgesetzt.

Die von den Autor*innen als Referenzpunkt betrachtete Organisation Fachspital Sune-Egge verfügt über konzeptuell verankerte, interdisziplinäre Kooperationen und Abläufe. Ihr Team ist interprofessionell mit Disziplinen aus Psychiatrie, Pflege, Medizin und Sozialer Arbeit zusammengesetzt, was eine optimale Versorgung der Klientel gewährleistet. Ihr Behandlungskonzept, welches auf dem bio-psycho-sozialen Behandlungsmodell basiert, scheint den Menschen auf eine multiperspektivische Sichtweise wahrzunehmen, was sich positiv auf die körperliche und psychische Gesundheit der Klientel auswirkt. Durch diese spezifische Ausrichtung des Angebotes gelingt es dem Fachspital, auf Vertrauen basierende, stabile Beziehungen mit der Klientel aufzubauen. Bemerkenswert und positiv herauszuheben am Konzept des Fachspitals Sune-Egge in Zürich ist zudem seine Haltung in Krisensituationen gegenüber den Bewohner*innen. Selbst heftige Ausbrüche führen nicht zu einem Ausschluss aus der Organisation; sie werden durch ein mehrstündiges, vorübergehendes Time-Out gelöst. So kommt es zu keinem Abbruch in den Beziehungen zu den Bewohner*innen. Es kann darüber diskutiert werden, ob ein ähnliches Konzept wie das Fachspital Sune-Egge in Basel vorstellbar wäre und seine Berechtigung hätte. Das Spital bietet den Schwächsten der Gesellschaft zwar einen sicheren Ort und Schutz. Es stellt sich jedoch die

Frage, inwiefern es mit seinem Konzept eine Tendenz zur Exklusion seiner Klientel aus der Gesellschaft fördert. Im Konzept des Fachspitals sind keine Ansätze erkennbar, wie es seine Patient*innen motiviert, sich nach einem stabilisierenden Aufenthalt wieder in die Gesellschaft zu inkludieren, wie dies die WHO im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen einfordert.

Von den Expert*innen wird im Bereich psychische Gesundheit und Obdachlosigkeit Handlungsbedarf geäußert. Zudem werden Wünsche und Ideen formuliert, die eine bessere Versorgung der Menschen, die von Obdachlosigkeit und psychischer Erkrankung betroffen sind, ermöglichen und gleichzeitig bestehenden Einrichtungen Entlastung bieten.

Die Basler Organisationen stellen Lücken in der Institutionslandschaft fest. Sie bemängeln, dass eine Organisation fehlt, welche in der Lage ist, Menschen aufzunehmen, die in der Vergangenheit aufgrund untragbaren sozialen Verhaltens ausgeschlossen wurden und eine langfristige Begleitung benötigen. Um dies zu gewährleisten, bräuchte es ein interdisziplinär zusammengestelltes Team, das motiviert ist, mit dieser teilweise anspruchsvollen Klientel zu arbeiten und eine tragfähige Beziehung aufbauen kann. Die Arbeit nach dem bio-psycho-sozialen Modell, welches den Menschen mit seinem gesamten Lebenskontext wahrnimmt, könnte dabei für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit ein gemeinsamer Anknüpfungspunkt sein. Dass sich ein damit einhergehendes Angebot durch seine Niederschwelligkeit kennzeichnet und allen betroffenen Personen offensteht, ist dabei zentral und leistet einen Beitrag, um eine weitere Exkludierung zu vermeiden.

Gleichzeitig ist festzuhalten, dass interdisziplinäre Kooperation und die damit verbundene politische Haltung helfen kann, sozialen Abbau- und Exklusionsprozessen entgegenwirken zu können.

Durch den Zusammenschluss von verschiedenen Disziplinen und Organisationen kann besser auf Missstände in der Gesellschaft im Umgang mit obdachlosen Menschen und ihren Lebenssituationen aufmerksam gemacht werden. Gleichzeitig ist festzuhalten, dass eine gemeinsame politische Positionierung der Einrichtungen der Obdachlosenhilfe und der Psychiatrie helfen könnte, Exklusionsprozesse sichtbar zu machen.

Aus der Bearbeitung der Expert*innen-Interviews und der Literaturrecherche heraus empfehlen die Autor*innen folgende Handlungsanleitungen für die Praxis:

- Es braucht gemeinsame Strategien aller Einrichtungen (Obdachlosenhilfe und Psychiatrie) und eine interdisziplinäre Herangehensweise die es ermöglicht, niederschwellige Angebote zu schaffen.
- Die bestehenden niederschweligen Angebote der Obdachlosenhilfe und Psychiatrie müssten Ansätze und Konzepte entwickeln, welche spezifisch auf die besonderen Bedürfnisse der Klientel abgestimmt sind.
- Menschen, die obdachlos sind und psychische Auffälligkeiten aufweisen, dürfen nicht aus bestehenden Angeboten ausgeschlossen werden, wenn sie sich nicht an die Regeln halten. Das Beispiel des Sune-Egge zeigt mit einem 6-stündigen Time-Out eine mögliche Vorgehensweise auf, wie mit Krisensituationen umgegangen werden kann, ohne dass es zu einem langfristigen Ausschluss mit fehlender Anschlusslösung kommen muss.
- Einrichtungen der Obdachlosenhilfe und der Psychiatrie des Kantons Basel-Stadt sollten durch gemeinsames (sozial-)politisches Engagement stellvertretend für ihre Klientel eintreten, um eine bessere gesundheitliche Versorgung zu erreichen.
- Städteübergreifender Austausch zwischen den Einrichtungen der Obdachlosenhilfe in Form von Tagungen und/oder regelmässigen Treffen können innovative Lösungsansätze hervorbringen.
- Aufgrund des nach wie vor sehr geringen Forschungsstandes in der Schweiz zum Thema Obdachlosigkeit und psychische Gesundheit sollten weiterführende Forschungsprojekte getätigt werden. Im Hinblick auf die Entwicklung von neuen Angeboten könnten Hochschulen wichtige Beiträge leisten z.B. durch Bedarfsanalysen.
- Durch Weiterbildungen des Personals der Obdachlosenhilfe und Psychiatrie, kann spezifisches Fachwissen im Umgang mit Menschen, die von Obdachlosigkeit und psychischer Erkrankung betroffen sind, zugänglich gemacht werden.
- In der Bearbeitung der Thematik fiel auf, dass der Umgang mit obdachlosen Sans-Papiers und vorläufig aufgenommenen Flüchtlingen noch wenig oder gar nicht thematisiert wird. Die Bedürfnisse dieser besonders vulnerablen Gruppe

sollten durch weiterführende Forschung, spezifische Angebote und politischem Diskurs mehr Aufmerksamkeit erhalten.

- Aufsuchende interdisziplinäre Teams aus Sozialarbeitenden, Psychiater*innen und Pflegefachpersonen, welche regelmässig den Kontakt zu obdachlosen Menschen auf der Strasse und in den Einrichtungen suchen, sollten vermehrt eingesetzt werden, um eine bessere Versorgung bezüglich der psychischen Gesundheit und allgemeinen Lebenssituation der Betroffenen zu ermöglichen.

Die Forschungsgruppe erachtet es als oberstes Ziel, die Obdachlosigkeit in der Stadt Basel zu beenden. Die oben dargelegten Handlungsanleitungen könnten unseres Erachtens einen Beitrag leisten, dieses Ziel zu erreichen.

Literaturverzeichnis

- Bäumli, Josef/Baur, Barbara/Brönner, Monika/Pitschel-Walz, Gabriele/Jahn, Thomas (2017). SEEWOLF Studie. Seelische Erkrankungen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Grossraum München. Lambertus Verlag.
- Briner, David/Jäger, Matthias/Kawohl, Wolfram/Baumgartner-Nietlisbach, Gabriela (2017). Psychische Krankheit und subjektive Gesundheit bei Wohnungslosen in Zürich. Erste Prävalenzdaten aus der Schweiz. In: Psychiatrische Praxis. 44. Jg. (6). S. 339 – 347.
- BZgA. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011). Gesundheitsförderung konkret. Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz - Beispiele - Weiterführende Informationen. 5. erweiterte und überarbeitete Auflage. S. 211 – 212.
- Dittmann, Jörg/Müller-Hermann, Silke/Knöpfel, Carlo (2016). Arbeitsmarkt, Prekarisierung und Armut in Basel-Stadt. Entwicklungen und Herausforderungen. Bern: Edition Soziothek.
- Drilling, Matthias/Mühlethaler, Esther/Iyadurai, Gosalya (2020). Obdachlosigkeit. Erster Länderbericht. Schweiz. Muttenez: ISOS / FHNW.
- Drilling, Matthias/Dittmann, Jörg/Bischoff, Tobias (2019). Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäres Wohnen. Ausmass, Profil und Bedarf in der Region Basel. URL: <http://dx.doi.org/10.12682/lives.2296-1658.2019.76> [Zugriff: 01.06.2021].
- Eppel, Heidi/Hamer, Beate (1997). Runter vom Ross - Raus aus dem Laufrad. Partnerschaftliche Kooperation in der Handlungsforschung. In: Neue Praxis. 27. Jg. (2). S. 182 – 189.
- Feantsa (2018). ETHOS – Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung. URL: https://www.feantsa.org/download/at___6864666519241181714.pdf [Zugriff: 01.06.2021].
- Fleisch, Sheryl B./Kelly, Anne C. (2014). Street Psychiatry as a Community Rotation for Residents: The UNC Homeless Support Program. In: Acad Psychiatry. 37. Jg. (38). S. 246 – 247.
- Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walter (2011). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Stuttgart: W. Kohlhammer.

- Jaeger, Matthias/Briner, David/Kawohl, Wolfram/Seifritz, Erich/Baumgartner-Nietlisbach, Gabriela (2015). Psychosocial functioning of individuals with schizophrenia in community housing facilities and the psychiatric hospital in Zurich. In: Psychiatry Research. 36. Jg. (230). S. 413 – 418.
- Kähler, Harro Dietrich (1999). Beziehungen im Hilfesystem sozialer Arbeit: zum Umgang mit BerufskollegInnen und Angehörigen anderer Berufe. Freiburg im Breisgau: Lambertu.
- Längle, Gerhard/Egerter, Birgit/Petrasch, Monika/Albrecht-Dürr, Friederike (2006). Versorgung obdachloser und wohnungsloser psychisch kranker Männer in der Kommune - eine kontrollierte Interventionsstudie. In: Psychiatrische Praxis. 33. Jg. (5). S. 218 – 225.
- Lauber, Christoph/Lay, Barbara/Rössler, Wulf (2006). Homeless people at disadvantage in mental health services. In: European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 138. Jg. (256). S. 138 – 145.
- Lutz, Jehva (2016). Notschlafstelle Basel-Stadt: Wenn eine Notlösung zum Dauerzustand wird. Eine qualitative Studie zu Langzeitobdachlosigkeit.
- Mayring, Philipp (2002). Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Basel Beltz.
- Masanz, Klaus (2017). Und ich steh immer draussen vor der Türe! Exklusionsprozesse und biographische Strukturierung von jungen, psychisch kranken, suchtkranken und wohnungslosen Menschen. Kassel: Kassel university press.
- Meller, I./Fichter, M./Quadflieg, N./Koniarczyk M./Greifenhagen, A./Wolz, J (2000). Die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Dienste durch psychisch erkrankte Obdachlose. In: Der Nervenarzt. 3. Jg. (71). S. 543 – 551.
- Merten, Ueli/Kägi, Urs/Zängli, Peter (2019). Kooperation - Eine Antwort auf die Zersplitterung und Ausdifferenzierung psychosozialer Dienstleistungen. In: Amstutz, Jeremias/Kägi, Urs/Käser, Nadine/Merten, Ueli/Zängli, Peter (Hg.). Kooperation kompakt. Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit. 2. überarbeitete und ergänzte Auflage. Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich. S. 13 – 34.
- Morandi, Stéphane/Silva, Benedetta/Golay, Philippe/ Bonsack, Charles (2017). Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. Lausanne: BioMed Central.
- Nouvertné, Klaus/Wessel, Theo/Zechert, Christian (2002). Obdachlos und psychisch krank. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Obert, Klaus (2001). Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze als Grundlage sozial-psychiatrischen Handelns. 1. Auflage. Psychiatrie Verlag: Bonn. S. 53 – 85.
- Rief, Wienfried/Stenzel, Nikola (2012). Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor. Band I: Grundlagen und Störungswissen. Lesen, Hören, Lesen im Web. Berlin Heidelberg: Springer.
- Schreiter, Stefanie/Bermpohl, Felix/Krausz, Michael/Leucht, Stefan/Rössler, Wulf/Schouler-Ocak, Mervam/Gutwinski, Stefan (2017). The prevalence of mental illness in homeless people in Germany—a systematic review and meta-analysis. In: Deutsches Ärzteblatt. 44. Jg. (11). S. 543 – 561.
- Schweitzer, Jochen (1998). Gelingende Kooperation. Systemische Weiterbildung in Gesundheitsberufen und Sozialberufen. Weinheim: Beltz Juventa.
- Statistisches Amt des Kanton Basel-Stadt (2021). URL: <https://www.statistik.bs.ch/dam/jcr:0673a53a-1cac-48c9-b8b3-0f819561f7b5/t13-2-61.xlsx>. [Zugriff: 20.07.2021].
- Van Kardorff, Ernst (1998). Koordination und Kooperation. Anmerkungen zur Schnittstellenproblematik in der psychosozialen Versorgung. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Van Santen, Eric/Seckinger, Mike (2003). Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis: Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe. Leverkusen: Leske und Budrich.
- Volk-Uhlmann, Christine (2009). Medizinische Ambulanz für wohnungslose Menschen im Landkreis Konstanz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011). Gesundheitsförderung konkret. Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz - Beispiele - Weiterführende Informationen. 5. erweiterte und überarbeitete Auflage. S. 210 – 217.
- WHO. Weltgesundheitsorganisation (2006). Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz. Dänemark. S. 1 – 13.
- Wolf, Sandra (2016). Über die Wahrnehmung von und den Umgang mit obdachlosen Personen im öffentlichen Raum. Weimar: Katholische Arbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe.